

Gezondheid en niet werken : een vergelijkend onderzoek naar gezondheid en leefwijze van werkloze, arbeidsongeschikte, vervroegd gepensioneerde en werkende mannen

Citation for published version (APA):

van Horst, F. G. E. M. (1988). *Gezondheid en niet werken : een vergelijkend onderzoek naar gezondheid en leefwijze van werkloze, arbeidsongeschikte, vervroegd gepensioneerde en werkende mannen*. [, Maastricht University]. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19881103fh>

Document status and date:

Published: 01/01/1988

DOI:

[10.26481/dis.19881103fh](https://doi.org/10.26481/dis.19881103fh)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 05 May. 2023

GEZONDHEID EN NIET WERKEN

Een vergelijkend onderzoek naar gezondheid en leefwijze
van werkloze, arbeidsongeschikte, vervroegd gepensioneerde
en werkende mannen.

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van
doctor aan de

Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht, op gezag van
de Rector Magnificus, Prof.Dr.F.I.M. Bonke,
volgens het besluit van het College van Dekanen
in het openbaar te verdedigen op
donderdag, 3 november 1988
om 16.00 uur

door

Francesco Giovanni Eugenio Maria
van der Horst
geboren te Amsterdam.

Promotores : Prof.Dr.H. Philipsen
Prof.Dr.C.A. de Geus
Co-promotor : Dr.F.J.N. Nijhuis

Beoordelings-
commissie : Prof.Dr.J.A. Knottnerus, voorzitter
Mw.Prof.Dr.M.J. Drop
Mw.Dr.H.S. Merens-Riedstra
Prof.Dr.J. Persoon
Prof.Dr.J. van der Zee

Manuscript: Trudie Seegers
 Ine Siegelaer-Gerardu
 Jim Tatipata

Adviezen: Trudie Seegers

Omslag: Guus van Rooy

Lay-out: Guus van Rooy
 Trudie Seegers

Druk: Ben Meerstad

Het verschijnen van dit proefschrift werd financieel mogelijk gemaakt door een bijdrage van de Koninklijke Nederlandse Papierfabrieken nv en de Koninklijke Sphinx nv.

Aan mijn vader†, mijn moeder,

Anne, Klaske, Bregje en Jorn

I N H O U D S O P G A V E

	<u>pagina</u>
INTRODUCTIE	11
DEEL I: INLEIDING	16
1. INLEIDING DEEL I	17
2. WERKENDEN EN NIET WERKENDEN	
2.1 Inleiding	18
2.2 De veranderde verhouding tussen werkenden en niet werkenden	18
2.3 De beroepsbevolking naar geslacht en leeftijd	22
2.4 Werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden vanaf 1971	23
2.5 Enkele kenmerken van niet werkenden	27
2.5.1 Inleiding	27
2.5.2 Duur niet werken	28
2.5.3 Leeftijd en niet werken	31
2.5.4 Leeftijd en duur niet werken	32
2.5.5 Verdeling niet werkenden naar provincie en sociaal-economische klasse	34
2.6 Samenvatting	37
3. NIET WERKEN EN GEZONDHEID	
3.1 Inleiding	39
3.2 Ongezondheid als oorzaak van niet werken	40
3.2.1 Inleiding	40
3.2.2 Verborgten werklozen onder arbeidsongeschikten	41
3.2.3 Verborgten arbeidsongeschikten onder werklozen	44
3.2.4 Verborgten arbeidsongeschikten onder vervroegd gepensioneerden	45
3.2.5 Ongezonde werkenden	48
3.3 Ongezondheid als gevolg van niet werken	49
3.3.1 Inleiding	49
3.3.2 Arbeidsongeschikten	50
3.3.3 Vervroegd gepensioneerden	52
3.3.4 Werklozen	53
3.4 Gezondheidsmetingen onder niet werkenden	59
3.5 Conclusies en samenvatting	60

4.	PROBLEEMSTELLING, HYPOTHESEN EN OPERATIONALISATIE	
4.1	Inleiding	63
4.2	Overwegingen die richting geven aan het onderzoek	63
4.3	De probleemstelling en omschrijving van de begrippen	68
4.4	Hypothesen	71
4.4.1	Gezondheid	72
4.4.2	Gezondheidsopvattingen	75
4.4.3	Riskante gewoonten	79
4.4.4	Participatie	82
4.5	Operationalisatie	83
4.5.1	Gezondheid	83
4.5.2	Gezondheidsopvattingen	86
4.5.3	Riskante gewoonten	87
4.5.4	Participatie	87
4.6	Samenvatting	87
5.	METHODEN EN POPULATIES	
5.1	Inleiding	89
5.2	Methoden van onderzoek	89
5.2.1	Het panelonderzoek	89
5.2.2	Het praktijkpopulatie onderzoek	91
5.3	De populaties	94
5.3.1	Het panelonderzoek	95
5.3.2	De praktijkpopulatie	101
5.4	Toetsing van verschillen	107
5.5	Samenvatting	110
6.	AFSLUITING DEEL I	111
	DEEL II: GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSOPVATTINGEN	113
7.	INLEIDING DEEL II	114
8.	GERAPPORTEERDE GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSOPVATTINGEN	
8.1	Inleiding	116
8.2	Een onderlinge vergelijking van niet werkenden naar gezondheid	116
8.3	Een onderlinge vergelijking van niet werkenden naar gezondheidsopvattingen	118
8.4	Een vergelijking van werkenden en niet werkenden naar gezondheid	119
8.5	Een vergelijking van werkenden en niet werkenden naar gezondheidsopvattingen	120
8.6	Conclusies	121
8.7	Samenvatting	126

9. GEZONDHEID, VASTGESTELD DOOR HUISARTSEN	
9.1 Inleiding	128
9.2 De probleemlijst	130
9.2.1 Verdeling naar wel of niet aanwezig zijn van problemen	130
9.2.2 Verdeling naar aantallen problemen	131
9.2.3 De verhouding tussen actieve en inactieve problemen	131
9.2.4 Verdeling van problemen naar componenten	132
9.2.5 Verdeling van problemen naar ICPC hoofdstukken	133
9.2.6 Verdeling van actieve en inactieve problemen naar ICPC hoofdstukken	135
9.2.7 Een inhoudelijke vergelijking van psychosociale problemen van niet werkenden en werkenden	135
9.3 Contactregistratie huisarts patiënt	137
9.4 Conclusies en samenvatting	138
10. CONSISTENTIE VAN DE GEZONDHEIDSMETING	
10.1 Inleiding	141
10.2 Gezondheid in 1981	142
10.3 Gezondheid als clustervariabele	144
10.4 Het gezondheidsprofiel van werkenden en niet werkenden	146
10.5 Conclusies en samenvatting	151
11. CONCLUSIES EN DISCUSSIE	153
DEEL III: LEEFWIJZE	156
12. INLEIDING DEEL III	157
13. RISKANTE GEWOONTEN EN HET OORDEEL OVER DE EIGEN LEEFWIJZE	
13.1 Inleiding	158
13.2 Een onderlinge vergelijking van niet werkenden naar riskante gewoonten en oordeel over de eigen leefwijze	159
13.3 Een vergelijking naar riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze van werkenden en niet werkenden	160
13.4 Conclusies	162
13.5 Samenvatting	164
14. PARTICIPATIE	
14.1 Inleiding	166
14.2 Een onderlinge vergelijking van niet werkenden naar participatie	167
14.3 Een vergelijking naar participatie van werkenden en niet werkenden	168
14.4 Conclusies	170
14.5 Samenvatting	171
15. CONCLUSIES EN DISCUSSIE	173

DEEL IV: DE DUUR VAN HET NIET WERKEN	176
16. INLEIDING DEEL IV	177
17. EEN TRANSVERSALE ANALYSE	
17.1 Inleiding	179
17.2 Gezondheid en gezondheidsopvattingen	180
17.2.1 Gezondheid	180
17.2.2 Gezondheidsopvattingen	181
17.3 Riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze	182
17.4 Participatie	183
17.5 Conclusies	184
17.6 Samenvatting	188
18. EEN LONGITUDINALE ANALYSE	
18.1 Inleiding	189
18.2 Arbeidsongeschikten en werkenden	191
18.2.1 Gezondheid	191
18.2.2 Gezondheidsopvattingen	192
18.2.3 Riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze	193
18.2.4 Participatie	194
18.3 Werklozen en werkenden	195
18.3.1 Gezondheid	195
18.3.2 Gezondheidsopvattingen	196
18.3.3 Riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze	197
18.3.4 Participatie	198
18.4 Conclusies	199
18.5 Samenvatting	201
19. CONCLUSIES EN DISCUSSIE	203
DEEL V: AFSLUITING	210
20. CONCLUSIES EN NABESCHOUWING	211
21. SAMENVATTING	223
SUMMARY	230
LITERATUUR	239
BIJLAGEN	247
DANKWOORD	255
CURRICULUM VITAE	262

Introductie

Met de voorliggende studie willen we een bijdrage leveren aan de discussie over de gezondheid en de leefwijze van niet werkende en werkende mannen van Nederlandse nationaliteit in de leeftijd van 21 tot 65 jaar. De niet werkenden die in dit onderzoek centraal staan zijn arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden.

De term "niet werkenden" impliceert dat mannen die tot één van deze categorieën behoren én (al dan niet deeltijds) betaalde arbeid verrichten, buiten het onderzoek vallen. Onder arbeidsongeschikten verstaan we de niet werkenden die onder een van de volgende arbeidsongeschiktheidswetten vallen: WAO, AAW of ABP-invaliditeitspensioen. Werklozen zijn al degenen die geen betaalde arbeid verrichten, een uitkering krijgen vanwege het werkloos zijn, en actief betaald werk zoeken. Onder vervroegd gepensioneerden verstaan we al degenen die voor hun 65e jaar met werken gestopt zijn vanwege een vervroegde uittredingsregeling, functioneel leeftijdsontslag, rentenierschap of vroege pensionering vanwege tropenjaren.

Werkenden, tenslotte, zijn al diegenen die betaalde arbeid verrichten, als zelfstandige of in loondienst, zonder onder een van vorenstaande voorzieningen te vallen. Arbeidsloos bestaan ofwel het ontbreken van betaalde arbeid vormt het gemeenschappelijk kenmerk van arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden.

Gelet op de onderscheiden oorzaken van het niet werken van genoemde categorieën, én gelet op de verschillende voorzieningen waaronder deze categorieën vallen, mogen we veronderstellen dat zij geenszins homogeen zijn. Ziekte of gebrek ligt ten grondslag aan het arbeidsongeschikt zijn. De status van werkloze wordt verkregen door het niet (meer) hebben van een betaalde arbeidsplaats. De oorzaak van vervroegde pensionering is tweërlei: het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd vóór het 65e levensjaar (bijvoorbeeld ambulancepersoneel), dan wel vervroegde uittreding conform daartoe bestaande regelingen.

Afhankelijk van de voorziening waarvan niet werkenden gebruik (moeten) maken, variëren voor hen de financiële consequenties en de beleving van het wegvallen van betaalde arbeid.

Ook wat betreft sociaal-demografische variabelen blijken er onderlinge verschillen: wat leeftijd betreft vormen werklozen naar verhouding de jongste en vervroegd gepensioneerden uiteraard de oudste categorie, terwijl de arbeidsongeschikten een tussenpositie innemen die dichter bij de vervroegd gepensioneerden dan bij de werklozen ligt.

Onderlinge vergelijking tussen de drie categorieën niet werkenden naar gezondheid en leefwijze ontbreken nagenoeg, terwijl het om meer dan één reden van belang is te weten of ze hierin onderling verschillen.

Wat het onderscheid tussen werklozen en arbeidsongeschikten betreft wordt door sommigen gesteld dat dit analytisch en irrelevant is. Deze bewering vloeit voort uit de constatering dat in bedrijfstakken waar een daling optreedt van de werkgelegenheid, een toename gesignaleerd wordt van WAO-uitkeringsgerechtigden. Dit leidt tot de veronderstelling dat binnen de categorie arbeidsongeschikten een grote groep verborgen werklozen aanwezig is. Een aantal andere auteurs bestrijdt dit en stelt dat werklozen en arbeidsongeschikten geen onderling uitwisselbare categorieën vormen.

Daarnaast vinden we in recente literatuur sterke indicaties dat onder werklozen een deelcategorie verborgen arbeidsongeschikten schuil gaat. Eveneens wordt gesuggereerd dat de teruggang in toetreding tot de arbeidsongeschiktheidsregelingen het gevolg is van een sterke toename van het aantal mensen dat gebruik maakt van vervroegde uittredingsregelingen.

De tegenstrijdige uitspraken over de gezondheid van werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden heeft ons ertoe gebracht in dit onderzoek de gezondheid van deze drie categorieën onderling en met die van werkenden te vergelijken. Zoals gesteld hebben we ook aandacht besteed aan de leefwijze. Niet zelden wordt in de literatuur naar voren gebracht dat gedwongen niet werken aanzienlijke gevolgen heeft voor het dagelijks leven, onder meer een verlies van sociale contacten en een toename van voor de gezondheid riskante gedragingen. Ook hieromtrent kan het hier te rapporteren onderzoek meer inzicht verstrekken.

In dit onderzoek zullen we óók ingaan op de samenhang tussen enerzijds de duur van het niet werken en anderzijds de gezondheid en de leefwijze. De laatste jaren heeft zich immers een nieuwe dimensie van het werkloosheidsprobleem aangediend, namelijk de toenemende duur van het werkloos zijn. In 1980 was ruim 30% van de werklozen langer dan één jaar zonder werk; vijf jaar later was dit bij meer dan de helft het geval. De kans om weer aan de slag te gaan blijkt trouwens steeds kleiner te worden naarmate de werkloosheid langer duurt; dit verschijnsel is wel eens kernachtig aangeduid met de zinsnede "werklozen worden werklozer".

De cijfers over werkhervatting van arbeidsongeschikten geven evenmin een opwekkend beeld: tien jaar na intrede in de arbeidsongeschiktheidswet heeft slechts één vijfde het werk hervat. Van herintreding van vervroegd uitgetreden en lijkt geen sprake, hetgeen conform de bedoeling is van regelingen inzake vervroegde uittreding.

De afgelopen jaren is dan ook een discussie op gang gekomen over de effecten van langdurige werkloosheid en meer op de achtergrond over de effecten van langdurige arbeidsongeschiktheid op de gezondheid en de leefwijze. Op deze belangrijke vraag zijn we ook in dit onderzoek ingegaan door werklozen en de overige twee categorieën gedurende twee jaar in de tijd te volgen. Gedwongen verlies van betaalde arbeid zou de structuur van het dagelijks leven dusdanig kunnen verstoren dat de kans op voor de gezondheid riskante gewoonten en op een toenemend sociaal isolement aanzienlijk vergroot wordt.

Over de leefsituatie van arbeidsongeschikten is inmiddels een en ander bekend. Opvallend is dat voor hen niet zozeer het leven met een aan-doening, als wel het leven zonder werk een overheersend negatieve rol speelt.

Over werkloosheid en de gevolgen hiervan voor het dagelijks leven is in Nederland pas de laatste jaren op bescheiden schaal gepubliceerd. Dit is verbazingwekkend, vooral als men zich realiseert dat er in ons land, vergeleken met andere landen in West-Europa, relatief veel werklozen en arbeidsongeschikten zijn. Publicaties betreffen veeleer arbeidsongeschiktheid en werkloosheid dan arbeidsongeschikt en werkloos zijn. Het aantal publicaties over vervroegd gepensioneerden is zeer gering. Omdat de definiëring van niet werkenden per land blijkt te verschillen, evenals hun sociaal-economische positie, zijn onder-

zoeksresultaten van elders niet zonder meer geldig voor de Nederlandse situatie.

Meer inzicht in de gezondheid en de leefwijze van niet werkenden is ook van belang omdat het grote aantallen mensen betreft. Wanneer we ze bij elkaar optellen, blijkt het om bijna anderhalf miljoen mensen te gaan. Van de geregistreeerde werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden behoort ruim 70% tot het mannelijk geslacht.

Anno 1987 bedroeg het aantal werklozen in Nederland officieel 640.000 en het aantal arbeidsongeschikten bijna 700.000. Afhankelijk van de definitie van werkloosheid ligt het aantal hoger of lager.

Het aantal vervroegd gepensioneerden onder de 65 jaar blijkt moeilijk vast te stellen; het werd anno 1985 geschat op 160.000 personen: circa 90.000 vervroegd uitgetreden (VUT-ers) en 70.000 mensen voor wie vroege pensionering geldt. In 1983 waren de officiële aantallen van werklozen en arbeidsongeschikten hoger dan in 1988, terwijl het aantal vervroegd gepensioneerden van destijds aanzienlijk lager geschat wordt. De van overheidswege herziene definiëring van werkloosheid zou mede van invloed zijn op de officiële daling van het aantal werklozen. Voorlopig is er geen reden om aan te nemen dat het aantal werklozen dan wel arbeidsongeschikten belangrijk verder zal dalen.

Het belang van dit onderzoek kan ook begrepen worden tegen de achtergrond van de discussie over de tweedeling van de samenleving: zij die werken en zij die niet werken. Van een gebroken samenleving zou (nog) geen sprake zijn. Niettemin waarschuwt het Sociaal en Cultureel Planbureau ervoor, dat werkloosheid en arbeidsongeschiktheid niet verwaarloosd mogen worden als veroorzakers van sociale en culturele verschillen. In het kader van het voorgaande kunnen we hieraan toevoegen: als mogelijke veroorzakers van verschillen in gezondheid. Arbeid is niet alleen van economisch, maar zeer zeker ook van sociaal belang; arbeid wordt zelfs omschreven als een hoofdcategorie van menselijke zelfinterpretatie en zelfwaardering, hetgeen betekent dat iemands persoonlijk en maatschappelijk prestige primair bepaald wordt door de vraag of, en welke betaalde arbeid verricht wordt.

We zullen daarom in deze verhandeling niet alleen ingaan op de vraag of de drie categorieën niet werkenden onderling verschillen, maar ook

in hoeverre deze drie categorieën verschillen van degenen die wel betaalde arbeid verrichten.

- De indeling van dit boek.

Deze studie bestaat uit vijf delen.

Het eerste deel geeft een inleiding, terwijl deel vijf de afsluiting van dit boek vormt.

In deel I worden eerst de veranderde getalsverhouding van werkenden en niet werkenden én de relatie tussen niet werken en gezondheid aan de orde gesteld. Tevens leiden we in dit deel het onderzoek in met probleemstelling, hypothesen, onderzoeksmethoden en onderzoekspopulaties.

In de delen II tot en met IV geven we de onderzoeksresultaten weer op basis van de vergelijking van de onderscheiden categorieën niet werkende mannen onderling én met werkende mannen.

Deel II handelt over gezondheid en gezondheidsopvattingen. We geven de door de mannen zelf gerapporteerde gezondheid en gezondheidsopvattingen weer; tevens komt gezondheid aan de orde van mannelijke niet werkende en werkende patiënten aan de hand van rapportage van huisartsen. De consistentie van de gezondheidsmeting vormt het laatste gedeelte van dit drieluik.

Deel III handelt over twee aspecten van de leefwijze namelijk de voor de gezondheid riskante gewoonten inclusief het oordeel over de eigen leefwijze, en de sociale participatie.

Deel IV is gewijd aan de samenhang tussen enerzijds de duur van het niet werken en anderzijds gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie. Het betreft de vergelijking van kortdurig met langdurig niet werkenden, de zogenaamde transversale analyse. Tevens volgen we de niet werkenden in de tijd gedurende twee jaren: de zogenaamde longitudinale analyse.

In deel V tenslotte zetten we de bevindingen nog eens op een rijtje; voorts gaan we in op de betekenis van de resultaten.

Deel I: Inleiding

1. Inleiding Deel I
2. Werkenden en Niet Werkenden
3. Niet Werken en Gezondheid
4. Probleemstelling, Hypothesen en Operationalisatie
5. Methoden en Populaties
6. Afsluiting Deel I

1. Inleiding Deel I

De hoofdstukken 2 en 3 zijn van algemeen inleidende aard, terwijl in de hoofdstukken 4 en 5 het te betreden onderzoekspad beschreven wordt. In hoofdstuk 2 laten we ons leiden door twee vragen:

- welke subpopulaties kunnen we bij de niet werkenden onderscheiden en hoe verhouden de subpopulaties zich getalsmatig tot elkaar en tot de werkenden?
- wat is het profiel van de drie categorieën arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden gelet op duur van het niet werken, leeftijd, verdeling naar provincie en sociaal-economische klasse?

In hoofdstuk 3 staat het thema niet werken en gezondheid centraal. Op basis van literatuuronderzoek worden de drie categorieën niet werkenden vergeleken aan de hand van twee vragen:

- in hoeverre is ongezondheid oorzaak van niet werken?
- in hoeverre is ongezondheid het gevolg van niet werken?

In hoofdstuk 4 leggen we een aantal overwegingen vast die aan het onderzoek richting en inhoud geven. Deze monden uit in de probleemstelling. De te bespreken hypothesen vloeien gedeeltelijk voort uit het besprokene in hoofdstuk 3 en gedeeltelijk uit de literatuur die in dit hoofdstuk ter sprake komt. De methoden van onderzoek komen in het vijfde hoofdstuk aan bod, tezamen met een beschrijving en verantwoording van de populaties. We ronden dit hoofdstuk af met een overzicht van de door ons in het onderzoek gebruikte statistische technieken.

2. Werkenden en Niet Werkenden

2.1 Inleiding

Het doel van dit hoofdstuk is het maatschappelijk verschijnsel "niet werken" getalsmatig nader te profileren. We stellen vast welke categorieën niet werkenden in de Nederlandse samenleving onderscheiden kunnen worden en hoe deze zich in de loop van de tijd naar omvang ten opzichte van elkaar en ten opzichte van werkenden ontwikkeld hebben. Omdat werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden in dit onderzoek centraal staan zullen we aan hen extra aandacht besteden.

In de tweede paragraaf behandelen we de veranderde verhouding tussen werkenden en niet werkenden over de jaren 1975-1987.

In de derde paragraaf bespreken we de verdeling van de beroepsbevolking naar leeftijd en geslacht, terwijl we in de vierde paragraaf een overzicht van de aantallen niet werkenden geven. In de vijfde paragraaf gaan we, aan de hand van de beschikbare literatuur, nader in op enkele kenmerken van de drie categorieën niet werkenden, te weten de duur van het niet werken en verdelingen naar leeftijd, provincie en sociaal-economische klasse.

2.2 De veranderde verhouding tussen werkenden en niet werkenden

Ter voorkoming van misverstanden wijzen we er op dat de term "niet werkenden" in deze verhandeling verwijst naar personen die geen betaalde arbeid verrichten, dan wel buiten de officiële arbeidsmarkt verblijven. Deze omschrijving sluit aan op die van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), waarin onder werkenden of

actieven die personen verstaan worden, die daadwerkelijk aan het arbeidsproces deelnemen en daarvoor een geldelijke beloning krijgen (WRR, 1979).

"Niet werkenden" worden ook weleens "niet actieven" genoemd. Beide termen blijken soms als belastend ervaren te worden; afhankelijk van de gevoelswaarde die deze termen voor onderscheiden auteurs hebben, vinden we de ene of de andere term terug. Een vrouw of man die de gehele dag actief bezig is in huishouden en/of gezin, kan niet betiteld worden als "niet actief", noch als "niet werkend".

Onder niet werkenden vallen behalve werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden, die in deze verhandeling centraal staan, ook andere - economisch - afhankelijken, zoals jongeren in de leerplichtige leeftijd, studerenden, huisvrouwen/huismannen en gepensioneerden. Vijf miljoen van de circa vijftien miljoen Nederlanders komen niet in aanmerking voor betaalde arbeid omdat zij te jong (<15) of te oud (>65) geacht worden. Van de resterende tien miljoen mensen blijkt slechts de helft betaalde arbeid te verrichten. Dit betekent dat circa één op de drie inwoners van Nederland werkzaam is in loondienst, of als zelfstandige.

De verhouding tussen werkenden en niet werkenden wordt ten dele bepaald door de demografische opbouw van de bevolking en ten dele door het gedeelte van de bevolking tussen 15 en 65 jaar dat betaalde arbeid verricht.

Bij de bevolkingsopbouw is het van belang te letten op de drie-deling: 0-14 jaar, 15-64 jaar en 65 jaar en ouder. De eerste en derde categorie zijn in beginsel van betaalde arbeid uitgesloten op basis van leeftijd en/of volledige leerplicht. Deze populatie noemen we de niet-potentiële beroepsbevolking, omdat zij niet geacht wordt betaalde arbeid te verrichten. De populatie van 15 tot 65 jaar betitelen we als potentiële beroepsbevolking, omdat de mensen die daaronder vallen in principe betaalde arbeid mogen verrichten. Niettemin dient opgemerkt te worden dat in 1978 van de bevolking van 65 jaar en ouder, toch nog 5,3% van de mannen en 1% van de vrouwen aan het arbeidsproces deelnam (in 1960 was dit respectievelijk 20,7% en 2,7% - CBS, Statistische Jaarboeken). Deze populatie zal grotendeels zijn samengesteld uit zelfstandigen en vrije beroepsbeoefenaren. Het aandeel werkende "bejaarden" blijkt duidelijk af te nemen.

In tabel 2.1 geven we de verhouding van de potentiële en niet-potentiële beroepsbevolking weer op drie verschillende tijdstippen.

Tabel 2.1 Bevolking van Nederland voor drie leeftijdsklassen in 1975, 1978 en 1983 gedifferentieerd naar potentiële en niet potentiële beroepsbevolking (%).

	1975	1978	1983
1. potentiële beroepsbevolking 15-65	63,9	65,3	67,5
2. niet potentiële beroepsbevolking	36,1	34,7	32,5
waarvan:			
0-14	25,3	23,5	20,7
> 65	10,8	11,2	11,8
totaal	100%	100%	100%

Bron: CBS Maandstatistieken.

Uit tabel 2.1 kunnen we opmaken dat het aandeel van de potentiële beroepsbevolking de afgelopen 20 jaar is toegenomen. We zien bij het percentage jongeren (0-14) en ouderen (>65) een tegengestelde ontwikkeling; het aantal jongeren neemt af, het aantal ouderen neemt toe. In een schatting voor het jaar 2000 gaat het Sociaal en Cultureel Planbureau ervan uit dat het aantal mensen dat gebruik zal maken van de AOW, op grond van demografische ontwikkelingen, langzaam verder zal stijgen. Dit proces kan vooral een probleem worden wanneer in de toekomst de potentiële beroepsbevolking afneemt, en van deze bevolking een steeds kleiner gedeelte betaalde arbeid verricht. Er wordt op gewezen dat vooral boven de 50 jaar de kans om te werken afhankelijk is van leeftijd, opleidingsniveau, al dan niet alleenstaand zijn en, in mindere mate, van woonregio. Hoog opgeleiden, samenwonenden en partner-tweeverdieners blijven langer doorwerken dan laag opgeleiden, alleenstaanden en partner-eenverdieners.

We kunnen ons eveneens afvragen welk gedeelte van de Nederlandse bevolking geen betaalde arbeid verricht, zowel binnen de totale populatie als binnen de populatie van 15 tot 65 jaar. In tabel 2.2 hebben we enkele kerncijfers vastgelegd over de periode 1975-1985.

Tabel 2.2 Verhouding niet werkenden / werkenden binnen de Nederlandse populatie en binnen de leeftijdscategorie 15 tot 65 jaar van 1975 tot 1985 (x1000).

	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Nederlandse bevolking	13.599	14.091	14.209	14.286	14.400	14.395	14.454
% niet werkenden in bevolking	68,0	66,2	66,4	67,3	68,0	68,5	67,7
% niet werkenden in bevolking van 15-65 jaar	49,9	48,9	49,5	51,3	53,0	53,7	52,8

Bron: - Rapportage Arbeidsmarkt, 1985.

- Sociaal en Cultureel Rapport, SCP 1986, p.67.

Tussen 1975 en 1980 zien we een vermindering van het percentage niet werkenden; na 1980 zien we een voortdurende toename tot 1984. In 1985 daalt het cijfer.

Binnen de leeftijdscategorie van 15 tot 65 jaar verricht de helft van de Nederlanders betaald werk. Tot 1980 zien we eerst een afname van het percentage niet werkenden, gevolgd door een toename tot 1984, waarna wederom een vermindering optreedt.

Onder niet werkenden tussen 15 en 65 jaar worden de volgende categorieën verstaan: dagonderwijs-volgenden, werklozen, arbeidsongeschikten en anderen. De categorie "anderen", die het grootst in omvang is, kan onderverdeeld worden naar vervroegd gepensioneerden, huisvrouwen en personen met een part-time baan minder dan 20 uur per week. In 1975 vormden zij 71% van het totale aantal niet werkenden en in 1985 "slechts" 50%. Deze veranderde verhouding werd zeer gedeeltelijk beïnvloed door een toename van het aantal dagonderwijsvolgenden (in 1975: 19% en in 1985: 23%) en in aanzienlijke mate door een toename van het aantal arbeidsongeschikten en werklozen tezamen. Het totale aantal mensen dat arbeidsongeschikt, dan wel werkloos was, bedroeg in 1975 436.000 en in 1985 1.413.000.

Het aantal werklozen steeg van 1975 tot 1985 van 181.000 tot 796.000; dat van de arbeidsongeschikten steeg van 255.000 tot 617.000 in dezelfde periode. Daarmee ligt het probleem van het gedwongen niet werken getalsmatig duidelijk op tafel (Rapportage Arbeidsmarkt, 1985; Sociaal en Cultureel Rapport, 1986).

2.3 De beroepsbevolking naar geslacht en leeftijd

In 1971 behoorde 50,6% van de bevolking van 15 tot 65 jaar tot de Nederlandse beroepsbevolking. Na een aanzienlijke daling tot 48,6% in 1978, steeg het percentage in 1983 tot 51,6%. Deze stijging komt geheel voor rekening van de vrouwen (1971: 25,8%; 1983: 34,9%), want bij de mannen is er sprake van een voortdurende daling (1971:76%; 1983: 68,8%).

We kunnen ons voor mannen en vrouwen afzonderlijk afvragen welk gedeelte van de afzonderlijke leeftijdscategorieën aan het arbeidsproces deelneemt. We wijzen erop dat de jaren niet geheel parallel lopen met de voorgaande; dit hangt samen met de onderscheiden bronnen die gedeeltelijk andere jaren beschrijven.

Tabel 2.3 Deelneming aan het arbeidsproces in % van de bevolking naar leeftijdsklasse en geslacht in 1971, 1978, 1981, 1983, 1985.

	1971	1978	1981	1983	1985 [*]
mannen					
15-24	65	50	52	51	49
25-49	97	95	95	95	96
50-64	85	77	70	68	74
65+	11	5	4	4	4
vrouwen					
15-24	53	48	51	50	49
25-49	24	34	42	47	53
50-64	17	18	18	20	28
65+	2	1	1	1	1

Bron: CBS Statistical Yearbooks.

* betekent: schatting

Tabel 2.3 laat een aanzienlijke variatie zien van het percentage werkenden over beide geslachten en over verschillende leeftijdsklassen. Tussen 1971 en 1985 blijken mannen tussen 25 en 49 jaar de meest stabiele categorie, variërend van 95 tot 97%. Opvallend is de stijging van het percentage vrouwen tussen 25 en 64 jaar, dat in de periode 1971 en 1985 aan het arbeidsproces deelneemt. Ook de stijging van het percentage mannen van 50 tot 64 jaar tussen 1983 en 1985 valt op.

Uit een ander overzicht van het CBS over 1982 blijkt dat minder dan de helft van de mannen tussen 60 en 64 jaar betaalde arbeid verricht (40%). In de leeftijdscategorie 55-59 jaar was dit nog 73%. Bij de vrouwen waren de cijfers respectievelijk 7% en 21%. Dit bleek in 1981 ook voor alle landen van de Europese Gemeenschap te gelden; voor de gehele EG bleek het percentage werkende mannen tussen 60 en 65 jaar 47,5% te zijn. De reden van stoppen met werken in Nederland onder de kostwinners van 55 tot 65 jaar blijkt overwegend arbeidsongeschiktheid te zijn. Van de mannen van 55-59 jaar die niet meer werken, is 66% vanuit het arbeidsproces naar de arbeidsongeschiktheidswet gestapt en 11% naar de werkloosheidswet. Voor de categorie mannen van 60-64 jaar waren de redenen achtereenvolgens WAO/AAW (42%), VUT-regelingen (30%) en werkloosheid (6%). Over de vrouwen van 55-64 jaar zijn minder betrouwbare uitspraken voorhanden. Volgens het CBS hebben zij vaker dan mannen zelf besloten met werken te stoppen; daarnaast hebben zij minder vaak van de WAO/AAW gebruik gemaakt (CBS, leefsituatie, 1982; 1b, kerncijfers).

2.4 Werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden vanaf 1971

Wij richten ons nu op de voor ons relevante categorieën niet werkenden, vanuit de vraag welke veranderingen in aantallen arbeidsongeschikten en werklozen sedert 1971 zijn opgetreden. Daar over vervroegd gepensioneerden gegevens ontbreken, worden zij in tabel 2.4 buiten beschouwing gelaten. We komen hierop nog afzonderlijk terug. In de tabel maken we geen onderscheid naar geslacht omdat tot 1980 hieromtrent geen betrouwbare cijfers beschikbaar zijn.

Sinds 1971 is er sprake van een continue stijging van het aantal werklozen en arbeidsongeschikten. Tussen 1977 en 1979 zien we dat de stijging onderbroken wordt door een lichte daling van het aantal werklozen. Na 1980 zien we een abrupte stijging; in 1981 werd voor beide categorieën gezamenlijk het magische getal van 1 miljoen overschreden. De toename van het aantal werklozen is aanzienlijk sterker dan de toename van het aantal arbeidsongeschikten. Het aantal arbeidsongeschikten blijkt echter nog steeds het aantal werklozen te overtreffen.

Tabel 2.4 Werklozen en arbeidsongeschikten van 1971 tot 1983¹ (x1000)

	werklozen	arbeidsongeschikten	totaal
1971	68	255	323
1972	111	281	392
1973	109	309	418
1974	132	342	474
1975	198	381	579
1976	212	506	718
1977	208	557	765
1978	208	608	816
1979	221	643	864
1980	238	683	921
1981	359	706	1065
1982	510	728	1238
1983	622	741	1363

1) Uitgezonderd degenen die in WSW-verband werkzaam zijn (van 1971 t/m 1982).

Bron: - Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1984, p.97.
 - Sociaal Cultureel Planbureau, 1986, p.11.

Andere bronnen geven weer enigszins andere cijfers, zonder dat bij voorbaat duidelijk is wat de redenen zijn van de onderlinge verschillen (vergelijk: Rapportage Arbeidsmarkt, 1985, p.21; Sociaal en Cultureel Planbureau, 1986, p.67). Zo vinden we in de laatstgenoemde literatuur in 1983 765.000 werklozen in plaats van de in tabel 2.5 vermelde 622.000. De verschillen in cijfers zijn terug te voeren op verschillen in rekenmethoden en het hanteren van verschillende definities van werkloosheid (zie onder meer Spruit, 1984). Zo is bekend dat sedert 1985 werklozen van 57,5 jaar en ouder niet meer als zodanig worden benoemd. Anno 1937 worden personen als werkloos beschouwd wanneer zij geen betaald werk verrichten, onmiddellijk beschikbaar zijn voor betaald werk, en daarnaar actief zoeken. Tot zover stemt de definitie die officieel in Nederland gehanteerd wordt overeen met die van de ILO (International Labour Organisation). De Nederlandse definitie van de geregistreeerde werkloosheid verschilt op twee punten:

- 1 ze beperkt zich tot die werklozen die ingeschreven staan bij een arbeidsbureau;
- 2 ze omvat alleen die mensen die minstens 20 uur per week betaalde arbeid willen verrichten.

Er bestaat nóg een deel werkloosheid, namelijk die van de verborgen

werklozen. Het C.B.S. echter tracht met behulp van de arbeidskrachten-telling de totale werkloosheid te meten volgens de ILO-definitie. In deze arbeidskrachtentelling (AKT) wordt onder werklozen verstaan:

- personen die een werkloosheidsuitkering ontvangen en/of actief werk zoeken via de G.A.B.'s of uitzendbureaus, door te solliciteren op advertenties, door eigen navraag bij bedrijven en dergelijke, en tevens beschikbaar zijn om arbeid te aanvaarden;
- personen die wel een werkkring aanvaard hebben, maar met die werkzaamheden nog niet begonnen zijn.

De AKT leidt enerzijds tot lagere werkloosheidscijfers door deze te ontdoen van bestandsvervuiling. Anderzijds vergroot zij de werkloosheid door niet geregistreerde werklozen eraan toe te voegen.

Ten gevolge van verschillen in beide definities komen het Ministerie van Sociale Zaken en het C.B.S. tot getallen, die tienduizenden uit elkaar liggen (Luttik, 1987).

Het voordeel van de CBS-registratie boven die van het ministerie is dat deze beter aansluit op de internationale maatstaven.

Het blijkt moeilijk inzicht te krijgen in de omvang van de verborgen werkloosheid, vooral van die onder vrouwen. Het aantal werd in 1983 tussen 100.000 tot 280.000 personen geschat. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) brengt de interessante opmerking naar voren dat, naarmate de conjunctuur aantrekt, een groter deel van de verborgen werklozen versneld naar de arbeidsmarkt stroomt en daar een extra onverwacht aanbod vormt. Dit aanbod zou vooral huisvrouwen betreffen, maar ook scholieren, studerenden en vervroegd gepensioneerden (SCP 1986). Vanuit dit gezichtspunt zou een toename van het aantal werklozen betekenen dat in de samenleving een verbetering van de economie verwacht wordt.

In onderscheiden bronnen over aantallen arbeidsongeschikten vinden we eveneens verschillende getallen. Deze discrepanties vallen temeer op omdat de betrouwbaarheid van de cijfers inzake arbeidsongeschiktheid hoger wordt geschat dan die over werkloosheid. Zonder grondig onderzoek kan de lezer over de oorzaak van deze verschillen slechts gissingen doen. Voor uitvoerige informatie hierover verwijzen we naar Groot-hoff (1986). Verschillen hangen onder andere samen met het al dan niet

opnemen van arbeidsongeschikten die werken, die van jongs af aan niet in staat zijn tot betaalde arbeid, die slechts gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn (16,3% in 1987) of die in het buitenland wonen én van specifieke categorieën. Zo is bekend dat het GMD in de door haar verstrekte overzichten drie deelcategorieën niet opneemt: arbeidsongeschikten die onder het ABP Invaliditeits Pensioen vallen, arbeidsongeschikte militairen en arbeidsongeschikten van de Nederlandse Spoorwegen.

We hebben al eerder gesteld dat van het aantal VUT-ers als vervroegd gepensioneerden alleen schattingen gegeven kunnen worden. De regelingen inzake vervroegde uittreding zijn verbrokkeld, hetgeen nauwkeurige telling bemoeilijkt, zo niet onmogelijk maakt (Ministerie Sociale Zaken, 1981; SCP 1986). De eerste experimentele VUT-regelingen werden in december 1976 in het onderwijs ingevoerd en in 1977 in de bouwnijverheid, kort daarop gevolgd door de metaalindustrie, Hoogovens en de havenbedrijven. Sedert 1980 zijn de VUT-regelingen regulier geworden bij 93 bedrijfstakken en 98 grote ondernemingen. Een van de kenmerken van de VUT-regeling is dat deze vrijwillig is, hoewel hiervan steeds minder sprake lijkt te zijn (Ministerie Sociale Zaken, 1981). Tijdens het experimentele stadium bedroeg het aantal VUT-ers 277; eind 1980 werd het aantal VUT-uitkeringen op 20.000 geschat.

In 1982 zou het aantal VUT-uitkeringsgerechtigden circa 35.600 bedragen, in 1983 64.000 en in 1984 89.200 (Ministerie Sociale Zaken, 1981; SCP, 1986; Rapport Arbeidsmarkt, 1985).

Het blijkt dus dat er een aanzienlijke toename van het aantal vervroegd gepensioneerden binnen het reguliere kader is, hoewel het aantal relatief gering blijft in relatie tot werklozen en arbeidsongeschikten. We mogen echter aannemen dat genoemde aantallen een aanzienlijke onderschatting inhouden. Onder vervroegd gepensioneerden vallen immers ook degenen die op basis van niet reguliere VUT-regelingen van tijdelijke aard met werken gestopt zijn. Zo had de PTT eind 1980 een tijdelijke afzonderlijke regeling ontworpen, genaamd Experimenteel Flexibel Uittreden (flexuit-regeling), die tot 1 januari 1983 in stand zou blijven. Zonder deze regeling kon men bij de PTT vanaf 63 jaar vervroegd uittreden; voor de flexuit-regeling kon men vanaf het zes-

tigste jaar in aanmerking komen. De flexuit-ers konden later niet meer overstappen naar de VUT-regeling. De flexuit-regeling had als bijzonder kenmerk dat werknemers ook de gelegenheid kregen gedeeltelijk uit te treden, alsmede gedeeltelijk aan te blijven na het 65e levensjaar (Hoofddirectie PTT, 1980).

Het aantal van 89.200 is om nog een tweede reden waarschijnlijk een onderschatting. De reeds lang bestaande vorm van beroepsgebonden vroege pensionering (onder andere ambulancepersoneel, militairen) betreft immers ook een groot aantal mensen. Wanneer we alle voor hun 65e gepensioneerden bij de berekening betrekken, bedraagt het aantal (ver)vroeg(d) gepensioneerden in 1985 minstens 158.800 personen (CBS, arbeidskrachtentelling, 1985). Strikt genomen betreft dit gedeeltelijk vervroegd gepensioneerden in de betekenis van VUT-ers en gedeeltelijk vroeg gepensioneerden.

2.5 Enkele kenmerken van niet werkenden

2.5.1 Inleiding

In deze paragraaf zullen we arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden beschrijven in termen van de duur van het niet werken, leeftijd, en verdeling naar provincie en sociaal-economische klasse.

We bespraken achtereenvolgens de duur van het niet werken, de relatie tussen leeftijd en niet werken, de relatie tussen leeftijd en duur van het niet werken om tot slot stil te staan bij de verdeling van niet werkenden over de provincies en sociaal economische klassen. Per onderwerp geven we achtereenvolgens informatie over werklozen en arbeidsongeschikten. Vervroegd gepensioneerden komen pas in paragraaf 2.5.5 aan de orde, omdat de overige gegevens ontbreken.

2.5.2 Duur niet werken

a Werklozen

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van de duur van de werkloosheid.

Tabel 2.5 Geregistreeerde werkloosheid naar gerealiseerde duur van inschrijving 1982 - 1985 (jaargemiddelden) (%)

duur in jaren	1982	1983	1984	1985
< 1	69	56	47	46
1 - 2	21	26	26	21
2 - 3	6	11	15	15
3 - 4	2	4	7	10
≥ 4	2	3	4	8
totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: Sociaal Cultureel Rapport, 1986, p.68

Uit tabel 2.5 blijkt dat in de loop van de tijd een toenemend aantal werklozen langere tijd zonder werk is. Was in 1982 69% één jaar of korter werkloos, in 1985 blijkt dit nog maar het geval te zijn bij minder dan de helft (46%). Ter aanvulling wijzen we erop dat in het begin der zeventiger jaren het aantal langdurig werklozen 'slechts' 10% was. We zien tevens dat de twee klassen met de langdurigste werkloosheid tezamen in drie jaar van 4% naar 18% gestegen zijn.

Uit een andere bron kunnen we opmaken dat in 1984 53% van de mannen en 49% van de vrouwen één jaar of langer zonder werk waren (Rapportage Arbeidsmarkt 1986, p.59).

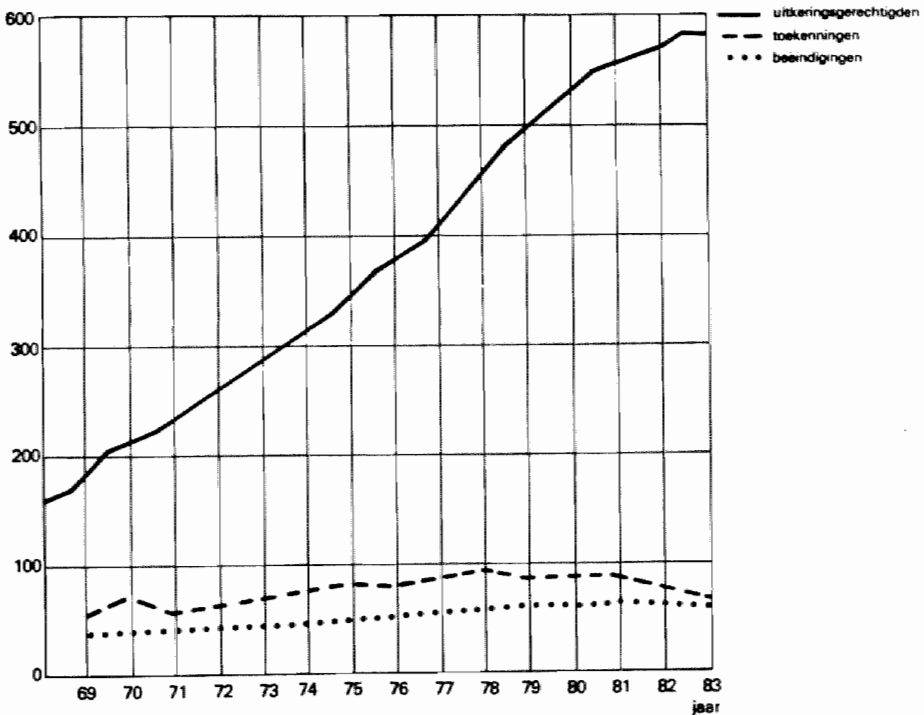
In het begin der zeventiger jaren was de kans van werklozen op nieuw werk gering; met de toenemende werkloosheid is deze nog geringer geworden (SCP, p.311). Het SCP heeft op basis van door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geleverde gegevens over 1981 tot 1985 berekend, dat naarmate een persoon in jaren langer werkloos is, de kans groter wordt dat deze persoon nog een jaar langer werkloos blijft ("werklozen worden werklozer", advertentie G.A.B.).

Na 1985 is er een iets grotere toestroom ontstaan van, vooral kortdurig, werklozen richting arbeidsmarkt (SCP, 1986).

b Arbeidsongeschikten

Arbeidsongeschiktheid blijkt veelal voor degenen die het betreft een blijvende aangelegenheid te zijn: één jaar na intrede in de WAO/AAW blijkt 11% het werk hervat te hebben, in het tweede jaar hervat nog eens 4% het werk. Tussen het derde en tiende jaar stijgt het totale percentage hervatters met nog maar 6%, zodat er tien jaar na intrede in een arbeidsongeschiktheidswet slechts 21% weer met betaalde arbeid gestart is (Buys, 1984). Uittreding blijkt voornamelijk te geschieden op grond van pensionering en overlijden (75%). Sedert de invoering van de WAO (1968) als verplichte werknemersregeling én de AAW als volksverzekering (1976) is het aantal toekenningen per jaar groter dan het aantal beëindigingen. Wel constateren we een afname van het aantal toekenningen.

Figuur 1 Ontwikkeling arbeidsongeschikten, toekenningen en beëindigen voor loontrekkenden (x1000).



Bron: D. Kagenaar et al., Huisarts en arbeidsongeschiktheid, 1985, p.15.

In figuur 1 is de ontwikkeling van het aantal uitkeringsgerechtigden sedert 1969 gevisualiseerd. Er blijkt sprake van een sterke, gelijkmatige groei. De iets snellere stijging vanaf 1976 hangt samen met de invoering van de AAW in oktober 1976. Vanaf het midden van 1980 zien we een lichte breuk in de lijn, die samenhangt met een geleidelijke daling van het aantal toekenningen. De groei van begin 1982 wordt halverwege het jaar gevolgd door een stabilisering. Het aantal beëindigingen stijgt vanaf 1969 langzaam.

In tabel 2.6 wordt de ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten over de jaren 1981 tot 1985 meer in detail weergegeven.

Tabel 2.6 Ontwikkeling van de aantallen arbeidsongeschikten WAO/AAW (x1000).

	1981	1982	1983	1984	1985
Aantal op 1 januari	629	648	662	673	685
Toekenningen	76	71	66	64	64
Beëindigingen	57	57	55	52	59
waarvan door					
- overlijden	7	7	9	9	8
- 65-plus	29	28	27	25	33
- herstel	21	21	19	18	17
Aantal op 31 december	648	662	673	685	690
(in % verzekerden)	(11,8)	(11,7)	(11,6)	(11,6)	(11,6)

Bron: WAO/AAW kerncijfers.

De in grafiek 1 weergegeven veranderde verhouding tussen toekenningen en beëindigingen tussen 1981 en 1983 zien we in tabel 2.6 terug. We zien tevens dat het aantal toekenningen in 1984 en 1985 stabiliseert op 64.000, terwijl het aantal beëindigingen na een daling in 1984, in 1985 weer stijgt tot 59.000.

In tabel 2.6 valt tevens op dat de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in volgorde van belangrijkheid eindigen door pensionering, herstel en overlijden. Het aantal overledenen varieert tussen 7000 en 9000 arbeidsongeschikten per jaar. Dit alles impliceert voor het merendeel der arbeidsongeschikten: "eens arbeidsongeschikt, altijd arbeidsongeschikt".

2.5.3 Leeftijd en niet werken

a Werklozen

In de volgende tabel gaan we in op de vraag hoe de spreiding van de werkloosheid is over de onderscheiden leeftijdscategorieën, gedifferentieerd naar mannen en vrouwen. De geregistreeerde werkloosheid wordt berekend in procenten van de afhankelijke beroepsbevolking.

Tabel 2.7 Geregistreeerde werkloosheid naar geslacht en leeftijd (jaargemiddelden) (%).

leeftijd	Aandeel in afhankelijke beroepsbevolking.							
	1982		1983		1984		1985*	
	m	v	m	v	m	v	m	v
15 - 24	28	26	33	31	32	32	30	31
25 - 39	12	12	14	14	15	15	14	15
40 - 49	9	12	11	13	12	13	11	13
50 - 54	8	10	10	11	11	12	11	12
55 - 59	9	10	12	11	10	10	7	8
60 - 64	23	21	29	23	23	16	4	3
totaal	13	16	16	18	16	19	15	18

* = raming

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt, 1985, p.54.

Opvallend in tabel 2.7 is de hoge werkloosheid van zowel mannen als vrouwen onder de jongeren. Naarmate de leeftijd toeneemt, zien we een daling van het aandeel van de werkloosheid tot de categorie 60-64 jarigen. Bij deze categorie stijgt het aandeel, met uitzondering van 1985. Dit laatste heeft te maken met de maatregel van de overheid om 57½ jarigen en ouder te ontheffen van de plicht werk te zoeken.

Het percentage onder de vrouwen blijkt steeds hoger te liggen dan onder de mannen; het onderlinge verschil verandert in de loop der jaren nauwelijks.

Voorts valt op dat tussen 1982 en 1984 binnen alle leeftijdscategorieën sprake is van een toename, en tussen 1984 en 1985 in de leeftijdscategorie 15-55 jaar van een afname, van het percentage werklozen.

b Arbeidsongeschikten

In de volgende tabel geven we de verdeling weer van arbeidsongeschikten over verschillende leeftijdsgroepen tussen 1984 en 1986.

Tabel 2.8 Ontwikkeling van de aantallen arbeidsongeschikten WAO/AAW naar leeftijd en geslacht per 1 januari 1984, 1985, 1986 (%).

	1984		1985		1986*	
	m	v	m	v	m	v
15-24	3	7	3	6	3	6
25-34	10	16	10	15	9	15
35-44	17	17	17	18	17	18
45-54	26	24	28	25	28	25
55-65	44	36	43	36	43	36
Totaal	100%		100%		100%	

* schattingen

Bron: AAW/WAO kerncijfers, 1986

Uit tabel 2.8 blijkt dat, zoals te verwachten was op basis van het voorgaande, het merendeel der arbeidsongeschikten 45 jaar of ouder is. De getallen over de achtereenvolgende jaren zijn stabiel. Ook dit hoeft ons niet te verbazen, gelet op het relatief kleine aantal toekenningen en beëindigingen per jaar.

Tot slot valt op dat bij vrouwen de jongeren sterker vertegenwoordigd zijn dan bij mannen.

2.5.4 Leeftijd en duur niet werken

a Werklozen

In tabel 1.9 beschrijven we de samenhang tussen duur van inschrijving enerzijds en leeftijdscategorieën anderzijds.

Uit de eerste kolommen van de drie leeftijdscategorieën blijkt dat het aandeel kortdurig werklozen in de tijd afneemt. Bij de langdurig werklozen (tweede kolommen) zien we eveneens een daling, hoewel bij de jongeren een stijging waargenomen wordt. Opvallend is dat het aandeel zeer langdurig werklozen (derde kolommen) tussen 1982 en 1985 sterk toeneemt.

Uit de tabel kunnen we eveneens aflezen dat naarmate de leeftijd stijgt, de werkloosheid langduriger wordt.

Tabel 2.9 Geregistreerde werkloosheid naar leeftijd en gerealiseerde duur van inschrijving (jaargemiddelden) (%).

jaar	< 23 jaar			23 - 50 jaar			> 50 jaar		
	<6mnd	6-12	>12mnd	<6mnd	6-12	>12mnd	<6mnd	6-12	>12mnd
1982 a)	55	24	21	41	24	35	30	21	49
1983	45	25	30	31	21	48	20	18	62
1984	41	23	36	26	17	58	14	14	73
1984	36	28	36	26	18	56	15	15	71
1985	38	25	37	26	16	58	18	12	70

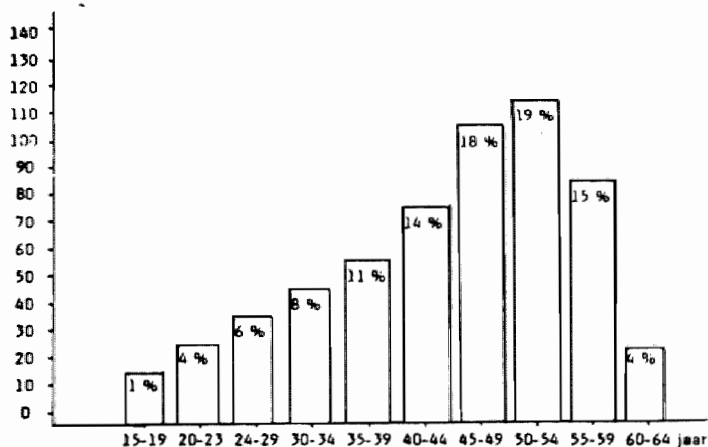
a) per leeftijdscategorie is elke rij 100%

Bron: Rapportage Arbeidsmarkt, 1985, p.54.

b Arbeidsongeschikten

In figuur 2 geven we een overzicht van de bestandsopbouw van arbeidsongeschikten naar leeftijd bij aanvang van de uitkering.

Figuur 2 Bestandsopbouw WAO in 1983 naar leeftijd bij aanvang uitkering (mannen en vrouwen).



Bron: Begroting Sociale Zaken, 1984, bijlage X, p.68.

Uit figuur 2 blijkt dat tot de 54-jarige leeftijd de instroom gestadig met de leeftijd toeneemt, na de leeftijd van 55 jaar is de instroom aanzienlijk lager. We mogen aannemen dat het totale aantal arbeidsongeschikten toeneemt naarmate de leeftijd vordert, gelet op de geringe herstelkans vooral op oudere leeftijd. Groothoff (1986) heeft de herstelkans van alle arbeidsongeschikten over de onderscheiden leeftijdsgroepen als volgt gespecificeerd: tussen de 20 en 24 jaar is deze 70%, tussen de 40 en 44 jaar 25% en tussen de 60 en 64 jaar 0%. Deze berekening heeft betrekking op de periode 1969-1979.

2.5.5 Verdeling niet werkenden naar provincie en sociaal-economische klasse

a Werklozen

De werkloosheid is niet evenredig verdeeld over de Nederlandse provincies. In elke provincie heerst onder vrouwen een grotere werkloosheid dan onder mannen. Voorts blijkt in alle provincies een toename tussen 1980 en 1982.

Utrecht blijkt er in het algemeen het gunstigst af te komen. Uit andere CBS-bronnen komt naar voren dat tot 1978 de positie van Noord-Brabant en Limburg verslechterde ten opzichte van de andere provincies. Na 1978 verbeterde deze. Deze tendens zette zich voort tot 1985 (CBS, Sociale Maandstatistieken, 1983).

In tabel 2.10 laten we zien op welke wijze werklozen over vier sociaal-economische klassen verdeeld zijn. Door de verdeling van de werkenden ernaast te plaatsen, kunnen we de werklozen profileren.

We zien duidelijk dat onder werklozen vergeleken met werkenden de lagere sociaal-economische klassen oververtegenwoordigd zijn.

Tabel 2.10 Verdeling werkenden en werklozen naar hoogst behaalde onderwijsdiploma, gedifferentieerd naar mannen en vrouwen in 1985 (%).

	werkenden		werklozen	
	m	v	m	v
lagere school	14	13	36	28
LBO/MAVO	28	31	34	35
MBO/HAVO/VWO	40	38	22	26
HBO/Universiteit	18	18	8	11
Totaal	100%		100%	
N (x1000)	3358	1700	396	288
non-response in %	1.5	1.7	2.2	1.2

Bron: C.B.S., Arbeidskrachtentelling, 1985

b Arbeidsongeschikten

Arbeidsongeschiktheid is evenals werkloosheid ongelijk verdeeld over de provincies. In 1985 had Limburg met 9,5% de hoogste score, terwijl Zeeland met 5,4% het laagst scoorde. Letten we op het geslacht, dan blijkt Limburg voor de mannen eveneens het hoogst te scoren (14,4%) en Flevoland (8,4%) het laagst. Bij de vrouwen zijn dit respectievelijk Noord Holland (5,2%) en Zeeland (2,8%).

Analoog aan de weergave van werklozen geven we in tabel 2.11 een vergelijking van arbeidsongeschikten naar sociaal-economische klasse, op basis van het hoogst behaalde onderwijsdiploma.

Tabel 2.11 Verdeling werkenden en arbeidsongeschikten naar hoogst behaalde onderwijsdiploma, gedifferentieerd naar mannen en vrouwen in 1985 (%).

	werkenden		arbeidsongeschikten	
	m	v	m	v
lagere school	14	13	51	48
LBO/MAVO	28	31	25	27
MBO/HAVO/VWO	40	38	19	19
HBO/Universiteit	18	18	5	6
Totaal	100%		100%	
N (x1000)	3358	1700	396	288
non-response in %	1.5	1.7	6.3	13.5

Bron: C.B.S., Arbeidskrachtentelling, 1985

Ook onder de arbeidsongeschikten blijken de lagere sociaal-economische klassen oververtegenwoordigd te zijn, zelfs in aanzienlijk sterkere mate dan onder de werklozen.

c Vervroegd gepensioneerden

Zoals al eerder gesteld zijn weinig gegevens beschikbaar over vervroegd gepensioneerden. Landelijke registratie ontbreekt. Naast de informatie die we eerder vermeldden, heeft het CBS ons op verzoek gegevens verstrekt over de verdeling over de provincies en over de sociaal-economische klassen.

Het blijkt dat de spreiding over de provincies van vervroegd gepensioneerden - zowel mannen als vrouwen - in verhouding tot de bevolking tussen 50 en 65 jaar bij mannen varieert van 9% tot 14% en bij vrouwen van 2% tot 7%. Onder mannen geven Zeeland en Zuid Holland met 14% en 13% de hoogste percentages en Limburg met 9% het laagste cijfer te zien. Onder vrouwen scoort Zuid Holland met 7% het hoogst en Limburg met 2% het laagst.

In de volgende en laatste tabel geven we de verdeling over sociaal-economische klassen weer van vervroegd gepensioneerden in vergelijking met werkenden.

Tabel 2.12 Verdeling werkenden en vervroegd gepensioneerden naar hoogst behaalde onderwijsdiploma, gedifferentieerd naar mannen en vrouwen in 1985 (%).

	werkenden		vervroegd gepensioneerden	
	m	v	m	v
Lagere school	14	13	22	46
LBO/MAVO	28	31	21	25
MBO/HAVO/VWO	40	38	33	20
HBO/Universiteit	18	18	14	9
Totaal	100%		100%	
N (x1000)	3358	1700	112	47
non-response in %	1.5	1.7	11.0	27.2

Bron: C.B.S., Arbeidskrachtentelling, 1985

Bezien we tabel 2.12, dan valt op dat mannelijke vervroegd gepensioneerden weinig afwijken van werkende mannen en vrouwelijke vervroegd gepensioneerden in aanzienlijke mate verschillen van werkende vrouwen. Omdat er geen gegevens voorhanden zijn over vervroegd gepensioneerden, gedifferentieerd naar vroeg gepensioneerden en vervroegde uittreeders, is het niet mogelijk vast te stellen of deze laatste categorie inderdaad in aanzienlijke mate mensen uit hogere sociaal-economische klassen omvat. In de "grijze literatuur", voornamelijk bedrijfsrapporten, komt dit uitdrukkelijk naar voren (o.a. Hoofddirectie PTT, 1980).

2.6 Samenvatting

Eén op de drie inwoners van Nederland is in loondienst of als zelfstandige werkzaam. Binnen de leeftijdscategorie van 15 tot 65 jaar is de helft van de bevolking in loondienst of zelfstandig werkzaam. De categorieën niet werkenden tussen de 15 en 65 jaar worden in afnemende volgorde van grootte gevormd door huisvrouwen, dagonderwijs-volgenden, werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden. In de loop der jaren zijn de laatste drie categorieën steeds groter geworden.

Van de laatste drie categorieën hebben de vervroegd gepensioneerden de langste staat van (arbeids)dienst achter de rug, terwijl zij in beginsel het betaalde werk niet meer hervatten.

De leeftijd waarop werkenden arbeidsongeschikt worden, varieert van 15 tot 65 jaar. Bij toetreding tot de arbeidsongeschiktheidswet vormen de 50- tot 54-jarigen verhoudingsgewijs de grootste categorie (19%) en die tussen de 15 en 19 jaar de kleinste (1%). In 1986 was meer dan 65% van de arbeidsongeschikten 45 jaar en ouder; bijna 40% was ouder dan 55 jaar. Beëindiging van de arbeidsongeschiktheidsregeling vindt in volgorde van afnemende belangrijkheid plaats door pensionering, herstel en overlijden. Na 10 jaar blijkt slechts 21% van de arbeidsongeschikten het werk hervat te hebben.

Werklozen komen eveneens over alle leeftijden verspreid voor. Hoe ouder de mensen zijn, des te lager is het percentage dat werkloos is:

in 1985 was circa 45% van degenen jonger dan 19 jaar werkloos; tussen de 50 en 54 jaar was circa 12% werkloos. Niettemin blijkt dat, naarmate de leeftijd stijgt, de duur van de werkloosheid aanzienlijk toeneemt. Ruim 70% van de werklozen ouder dan 50 jaar is meer dan één jaar zonder werk, tegenover 37% van de werklozen jonger dan 23 jaar. Bij alle leeftijdscategorieën is de gemiddelde duur van de werkloosheid toegenomen in de periode van 1975 tot 1985.

De lagere sociaal-economische strata zijn bij werklozen enigszins, en bij arbeidsongeschikten in belangrijke mate oververtegenwoordigd vergeleken met werkenden. Vervroegd gepensioneerde mannen, bestaande uit vroeg gepensioneerden en vervroegde uittreeders, behoren in vergelijking met werklozen en arbeidsongeschikten tot hogere sociaal-economische strata. Zij wijken niet opvallend af van de werkenden (zie ook CBS, Statistisch Magazine, 6,4,86). De vervroegd gepensioneerde vrouwen komen op dit punt overeen met de arbeidsongeschikte vrouwen. Het lijkt erop dat zowel het aantal werklozen als het aantal arbeidsongeschikten de laatste jaren stabiliseren. Naar verwachting zal het aandeel vervroegde uittreeders onder de vervroegd gepensioneerden in de nabije toekomst afnemen, gelet op de te verwachten aanpassingen van de CAO's op dit punt.

Tengevolge van werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en vervroegde pensionering werkte in 1982 nog slechts 40% van de mannen tussen de 60 en 65 jaar (bij de vrouwen was dit in 1982 7%).

Gelet op de geringe kans op werkherovating onder (vooral oudere) langdurig werklozen en oudere arbeidsongeschikten mogen we veronderstellen dat het aantal werkenden boven de 60 jaar niet zal toenemen. Dit betekent dat de leeftijd waarop het definitieve arbeidsloos bestaan begint steeds vaker afwijkt van de formele pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar.

3. Niet Werken en Gezondheid

3.1 Inleiding

In onderzoek in verschillende landen komt men tot de conclusie dat niet werken en de dreiging het werk te verliezen met zowel het sociaal functioneren, het welbevinden als de gezondheid negatief samenhangen. Dit vormt voor ons de aanleiding in dit hoofdstuk twee vragen centraal te stellen: de eerste behelst de rol van ongezondheid als oorzakelijke factor voor het niet werken in de drie voor dit onderzoek relevante categorieën, de tweede betreft de gevolgen voor de gezondheid van niet werken in dezelfde drie categorieën. De eerste vraag komt in paragraaf 3.2 aan de orde; de tweede in paragraaf 3.3.

Met behulp van literatuur over de voor ons relevante categorieën arbeidsongeschikten, werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden zullen we in het navolgende nader op deze twee vragen ingaan.

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat onder alle onderscheiden categorieën, 66k onder werkenden, ongezonde mensen te vinden zijn. Onder arbeidsongeschikten zal het percentage ongezonden het hoogst zijn, gelet op de oorzaak van het zonder werk geraken. Mogelijk heeft het zonder werk zijn verdere negatieve gevolgen voor de gezondheid. Het percentage ongezonden onder werklozen zal gelijk zijn aan, dan wel iets hoger zijn dan dat onder werkenden, ten gevolge van het gemis van betaalde arbeid. Of een minder goede gezondheid mede tot werkloosheid leidt, dient ook nader bekeken te worden. Wat vervroegd gepensioneerden betreft, kunnen we vooralsnog geen reden bedenken waarom onder hen méér ongezonden zouden zijn dan onder werkenden.

In hoeverre vanuit de literatuur deze veronderstellingen ondersteund dan wel verworpen moeten worden zullen we nader bezien.

In paragraaf 3.4. staan we stil bij de vraag wat in de verrichte

onderzoeken zoal onder gezondheid verstaan wordt. Verschillende uitkomsten kunnen immers ook te maken hebben met onderscheiden wijzen waarop gezondheid omschreven en geoperationaliseerd is.

In paragraaf 3.5. vatten we de bevindingen samen.

3.2 Ongezondheid als oorzaak van niet werken

3.2.1 Inleiding

Ziekte en/of gebrek vormen bij arbeidsongeschikten de primaire oorzaak van het niet werken. Een klein gedeelte van hen heeft door de aandoening zelfs nooit betaalde arbeid kunnen verrichten (in 1981 was dit 3,4% van de totale instroom van nieuwe arbeidsongeschikten). Het merendeel der arbeidsongeschikten is langdurig ziek geworden tijdens de arbeidsloopbaan.

Bij werklozen en vervroegd gepensioneerden is de officiële oorzaak van het niet werken daarentegen primair sociaal-economisch van aard. Bij de eerste categorie is het niet werken opgelegd, terwijl het bij een gedeelte van de tweede categorie een vrije keuze is. We zouden met deze vaststelling kunnen volstaan, om daarmee vervolgens deze paragraaf af te sluiten, ware het niet dat we in de literatuur uitspraken vinden, op grond waarvan we ons tenminste moeten afvragen of bij arbeidsongeschikten ziekte of gebrek de enige oorzaak van het niet werken is: een gedeelte van de arbeidsongeschikten zou immers volgens sommigen als werkloos bestempeld kunnen worden (o.a. Van Praag en Emanuel, 1981). Tevens moeten we ons afvragen of, vooral bij reorganisatie, een minder goede gezondheid voor werklozen de ontslagreden kan zijn.

Ook over vervroegd gepensioneerden vinden we opvallende uitspraken. Zo wordt het dalend aantal intreders tot de arbeidsongeschiktheidswet sedert 1981 in verband gebracht met de toename van het aantal mensen dat van VUT-regelingen gebruik maakt. Daarmee voorkomen zij dat zij als arbeidsongeschikten met betaalde arbeid moeten ophouden (Ministerie van Sociale Zaken, 1981).

Het bovenstaande zou kunnen impliceren dat:

- onder arbeidsongeschikten mensen zijn die eigenlijk onder de werkloosheidswet zouden moeten vallen ("verborgen" werklozen onder arbeidsongeschikten);
- onder werklozen mensen zijn die minder arbeidsgeschikt of misschien zelfs arbeidsongeschikt zijn ("verborgen" arbeidsongeschikten onder werklozen);
- onder vervroegd gepensioneerden mensen te vinden zijn die eigenlijk al arbeidsongeschikt zijn, of aan het worden zijn ("verborgen" arbeidsongeschikten onder vervroegd gepensioneerden);
- onder werkenden nauwelijks ongezonden zijn. Onder invloed van de economie zou er sprake zijn van een toenemende afstoting van minder gezonde en ongezonde werknemers via werkloosheids- en arbeidsongeschiktheidswetten.

In al deze gevallen vormt de relatie tussen de gezondheidstoestand voorafgaande aan het niet werken en de aard en de mate van niet werken het probleem.

Op alle punten gaan we hieronder afzonderlijk in.

3.2.2 Verborgen werklozen onder arbeidsongeschikten

De eerste twijfel betreft de vraag of er verborgen werklozen zijn onder de arbeidsongeschikten (en zo ja hoe groot dit aantal bij benadering is). Dit zou betekenen dat sociaal-economische factoren en niet gezondheidsfactoren bij deze arbeidsongeschikten de oorzaak van het niet werken zijn.

In de vakliteratuur wordt erkend dat er sprake is van een aanzienlijke verborgen werkloosheid onder arbeidsongeschikten. Circa de helft van de arbeidsongeschikten zou restcapaciteit voor betaalde arbeid hebben. Op grond van hun aanzienlijke medische handicap zouden de voor hen geschikte arbeidsplaatsen evenwel niet toegankelijk zijn (Hunfeld, 1980). De discussie gaat echter niet zozeer over verborgen werkloosheid, maar over verborgen werklozen. Dit zijn mensen die ten onrechte een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben. De bewering dat het om aanzienlijke aantallen zou gaan - de maximale schatting is 50% van alle arbeidsongeschikten (Hermans, Sas, Schraven, 1986) - wordt echter

fel betwist. Toch heeft de overheid haar beleidsuitspraken in 1984 hierop gefundeerd: "uit recente onderzoeken kan worden afgeleid dat het aantal geheel of gedeeltelijk werklozen binnen arbeidsongeschiktheidsregelingen aanzienlijk is" (Begroting Sociale Zaken, 1984, p.67). Met deze uitspraak anticipeerde de verantwoordelijke staatssecretaris al in 1983 op ingrijpende wijzigingsvoorstellen voor sociale zekerheid, die volgens de planning van 1983 in 1985 moesten ingaan (De Graaf, 1983).

De redenering achter genoemde vaststelling berust op de constatering dat in bedrijfstakken en arbeidssituaties waar een daling optreedt van de werkgelegenheid, een toename geconstateerd wordt van het aantal WAO-uitkeringsgerechtigden. Er zijn een aantal gefundeerde protesten gekomen tegen bovenstaande conclusies (Hunfield, 1980; Kruidenier, 1980; Groothoff, 1980). Genoemde auteurs bestrijden de uitspraak dat werklozen en arbeidsongeschikten onderling uitwisselbare categorieën vormen; zij wijzen op de slechte gezondheid, hoge medische consumptie en ongunstige sterftecijfers van arbeidsongeschikten in vergelijking met werklozen. Zo is het aantal ziekenhuisopnames onder arbeidsongeschikten bijna 2,5 keer zo hoog als onder werklozen en werkenden; bovendien is de verpleegduur 3,5 keer zo lang. De sterftekans van mannelijke en vrouwelijke arbeidsongeschikten bleek in 1975 respectievelijk 5 en 9 keer zo hoog als van naar leeftijd vergelijkbare niet WAO-ers. Niettemin is de sterfte van arbeidsongeschikten in de periode 1968-1982 aanzienlijk gedaald, zowel per leeftijdsgroep als per geslacht en per jaarcohort arbeidsongeschikten. Groothoff vermeldt in 1986 dat de sterftekans bij blijvend arbeidsongeschikten in verhouding tot vergelijkbare Nederlandse landgenoten bijna drie maal zo hoog is. Opvallend in dit verband is de constatering dat de verhoogde sterftekans voor alle WAO-diagnosen geldt en niet beperkt is tot de sterfte als gevolg van nieuwvormingen of hart- en vaatziekten (Groothoff, 1986).

In de kritiek die gegeven wordt op Van den Bosch en Petersen wordt ook gewezen op manco's in het gehanteerde model; tevens worden vraagtekens gezet bij de toepassing van het model, de operationalisatie en de interpretatie (Kruidenier, 1980).

Ook andere onderzoekers hebben zich met ziekten onder arbeidsongeschikten bezig gehouden. Zo stellen Philipsen en Halfens (1983) het volgende: "wie op het niveau van het individu nagaat welke weg iemand te gaan heeft voordat hij arbeidsongeschikt wordt verklaard, kan niet goed inzien hoe men van buitenaf zou kunnen ingrijpen in langdurige ziektegeschiedenissen, langdurige ziekmeldingen en het stelsel van deskundige oordelen waarop vaststelling van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebreken berust. Er is sprake van een paradox. Op een bovenindividueel niveau bestaat een verband tussen arbeidsongeschiktheid en werkgelegenheid. Op individueel niveau vindt een proces van medische beoordeling en bepaling van arbeidsongeschiktheid plaats, waarover veel te zeggen valt, maar niet dat er de hand mee wordt 'gelicht'" (pag.162).

Philipsen en Halfens wijzen op de theoretische eenzijdigheid van een macro-economische benadering. Op basis van hun onderzoek uit 1981 houden zij een pleidooi om aanvullend onderzoek te doen teneinde tot een evenwichtige beoordeling te komen. In een door henzelf uitgevoerd onderzoek vonden zij ook dat arbeidsongeschikten, in tegenstelling tot werklozen "echt" ongezonde mensen zijn.

De aanwezigheid van een groot aantal werklozen onder arbeidsongeschikten zou erop wijzen dat de bepaling van arbeidsongeschiktheid onzorgvuldig gebeurt. Dit lijkt onwaarschijnlijk, omdat de aard van de WAO-voorziening zodanig is, dat alleen ziekte de oorzaak van niet werken kan zijn (Hermans, Sas, Schraven, 1986). Hooguit kunnen in tijden van laagconjunctuur mensen met langdurige ziekten of chronische aandoeningen eerder "kiezen voor" of "aangespoord worden tot" een WAO-carrière. Dat de functie van arbeidsongeschiktheid en partiële arbeidsongeschiktheid onder invloed van veranderende politieke en economische omstandigheden verschuift, wordt door niemand bestreden.

Ook Wiersma concludeert dat de toetreding tot de WAO primair door ongelijkheid in gezondheid en in ziektegedrag veroorzaakt wordt, daarbij aantekend dat de sociaal-economische situatie onmiskenbaar mede een rol speelt (Wiersma, 1980).

Tot slot achten we het vermeldenswaard dat de meeste arbeidsongeschikten graag betaald werk verrichten (Merens-Riedstra, 1981). Welk gedeelte van deze arbeidsongeschikte werkwilligen zich bij arbeidsbureaus ingeschreven heeft is niet bekend. Zij hebben in ieder geval

niet de plicht zich aan te melden bij de arbeidsbureaus, en als zij zich aanmelden hebben zij niet de plicht te zeggen dat zij arbeidsongeschikt zijn. Waarschijnlijk staat dan ook een gedeelte van de niet werkenden "dubbel geboekt", namelijk als arbeidsongeschikte en als werkloze. Het gaat niet aan deze arbeidsongeschikten als "verborgen" werklozen te beschouwen.

Alles overziende is het aannemelijk dat arbeidsongeschikten als regel echt ongezond zijn.

3.2.3 Verborgen arbeidsongeschikten onder werklozen

Over de "arbeidsongeschikte" werklozen is weinig bekend. Zo is het onduidelijk welk deel van de "minder geschikte" werklozen (in 1981: 17% van alle werklozen - Spruit 1984) minder geschikt is vanwege ziekte en welk deel vanwege bijzondere sociale of persoonlijkheidskenmerken ("niet bemiddelbaar"). Schuitemaker geeft aan dat over de categorie "minder geschikt" geen sluitende definitie bestaat, met het gevolg dat de toekenning van dit etiket door arbeidsbemiddelaars op vrij arbitraire wijze tot stand komt (Schuitemaker, 1981).

"Arbeidsongeschikte" werklozen zijn waarschijnlijk mensen die vanwege hun ziekteverzuim-verleden bij reorganisaties als eerste ontslagen worden, of niet arbeidsongeschikt verklaard zijn na een jaar ziekteverzuim terwijl zij dat mogelijk wel waren. We moeten de mogelijkheid openlaten dat er ook een deel is dat ten gevolge van werkloosheid ziek geworden is, wanneer we tenminste de uitspraak "werkloosheid kan tot ziekte leiden" serieus nemen. Het aantal "arbeidsongeschikte" werklozen is ons niet bekend. Zij zouden geheel of gedeeltelijk teruggevonden kunnen worden onder werklozen die zich frequent ziek melden op het verplichte periodieke registratieformulier én derhalve gedurende de periode van de ziekmelding niet bemiddelbaar zijn.

Dat het ziekteverzuim-verleden een rol speelt bij ontslag werd vastgesteld door Kruidenier en Bakker (1985). Zij rapporteerden na een studie over het ziekteverzuim van 1977 tot 1983 de volgende bevindingen: mensen die niet via de WAO, maar op andere wijze ontslagen werden, hadden over dezelfde periode een aanzienlijk hoger ziekteverzuim dan degenen die hun werk behielden. Het merendeel was het werk

kwijt geraakt via de werkloosheidswet, een minderheid via vervroegde pensionering.

Verkley en Spruit (1987) constateerden moeilijke reIntegratie bij minder gezonde werklozen van 30 tot 50 jaar. Zij bleken vaker dan werkenden in dezelfde leeftijd om gezondheidsredenen van baan veranderd, ontslagen, of langdurig ziek te zijn geweest. Ook was voor hen vaker een WAO-keuring aangevraagd toen zij nog werkten. Tazelaar en Sprengers (1986) kwamen tot dezelfde bevindingen bij oudere werklozen: 57% van de gezonde categorie vond binnen een jaar weer nieuw werk, tegenover 25% van de minst gezonde categorie. Dit alles bevestigt dat gezondheid zowel een negatieve rol speelt in het behouden/verliezen van werk als in het vinden van nieuwe arbeid, wanneer deze weggevallen is.

Bartley (1985) wijst erop dat selectie door werkgevers op gezondheid een grotere rol gaat spelen, naarmate de economische situatie slechter wordt.

Deze bevindingen bieden derhalve een belangrijke indicatie dat een minder goede gezondheid (mede) een oorzakelijke rol kan spelen bij het werkloos worden. Het lijkt erop dat verborgen arbeidsongeschikten onder de werklozen een kleine deelcategorie vormen.

3.2.4 Verborgen arbeidsongeschikten onder vervroegd gepensioneerden

Over de mogelijke "arbeidsongeschiktheid" onder vervroegd gepensioneerden is weinig bekend. Desondanks worden hierover opvallende uitspraken gedaan. Sommige auteurs veronderstellen dat de terugloop van het aantal arbeidsongeschikten terug te voeren is op de toename van het aantal vervroegd gepensioneerden. Dit impliceert dat potentieel arbeidsongeschikten gebruik maken van VUT-regelingen. We presenteren daarom een tabel op grond waarvan dit volgens het Ministerie van Sociale Zaken aannemelijk gemaakt wordt.

We zien dat na 1975 het aantal mensen dat tot de WAO toetreedt afneemt en het aantal mensen dat gebruik maakt van de VUT-regeling groeit. Het Ministerie van Sociale Zaken stelt dat de afname van het aantal arbeidsongeschikten hoogstwaarschijnlijk het gevolg is van de toename van het aantal vervroegd gepensioneerden (Ministerie van Sociale Zaken, 1981). Hiertoe worden twee redenen aangevoerd:

- VUT-ers kunnen geen gebruik maken van de WAO, omdat zij, eenmaal in de VUT zijnde, niet meer volgens de WAO verzekerd (kunnen) zijn;
- toetreding tot de VUT drukt het aantal WAO-verzekerden.

Tabel 3.1 Vergelijking tussen ontwikkeling VUT en WAO.

jaar	toegetreden tot de VUT*	toegetreden tot de WAO tussen 62 en 65**
1974	-	7.300
1975	-	9.000
1976	-	8.400
1977	3.000	6.800
1978	4.000	6.300
1979	9.000	5.900

* = Schatting GITP

** = Schatting door Ministerie

Bron: Vervroegde uittreding in ontwikkeling, Ministerie van Sociale Zaken, 1981, p.44

Werknemers die nog geen gebruik mogen maken van de VUT komen, zo zij het werk willen beëindigen, voor "de keus" te staan òf toe te treden tot de WAO òf het nog twee jaar vol te houden en dān gebruik te maken van de VUT. Mede omdat de VUT sociaal gemakkelijker geaccepteerd lijkt te worden dan de WAO, zou men voor dit laatste kiezen. Langs deze weg, aldus het Ministerie, ontwikkelt de VUT zich tot op zekere hoogte tot een gedeeltelijk alternatief voor de WAO.

Hoewel vorenstaande redenering op het eerste gezicht acceptabel lijkt, komt het ons voor dat te snel geconcludeerd wordt dat de VUT op zekere hoogte een alternatieve WAO-regeling is. Voor deze reserve zijn eveneens twee redenen aan te voeren:

- het aantal toetredingen tot de arbeidsongeschiktheidswet daalde al voordat de VUT-regeling van kracht werd (1975-1976);
- aan intrede tot de WAO gaat tenminste één jaar verzuim wegens ziekte vooraf. Hoewel een zekere beslissingsvrijheid aan het (permanent) ziek melden ten grondslag ligt, is de individuele beslissingsvrijheid kleiner naarmate de aandoeningen objectiever, acuter en ernstiger van aard zijn (Philipson, 1969, p.63). Derhalve lijkt het enigszins gewaagd en ongenueanceerd te stellen dat werknemers van 61 en 62 jaar de keuze hebben tussen WAO en VUT. Zo dit wel het geval was, zouden vervroegd gepensioneerden zich moeten onderscheiden van degenen die op dezelfde leeftijd blijven werken door een hoger ziekteverzuim voor het vertrek. Dit zullen we hieronder nader bezien.

Uit antwoorden van werkgevers (bouw, metaal en havens) op de vraag of werknemers die wel en geen gebruik maken van de VUT-regeling, onderling verschilden in ziektefrequentie, bleek dat daar nauwelijks sprake van was. In de bouw en metaal vertoonden de aspirant VUT-ers zelfs een wat lager ziekteverzuim (VUT, 1981).

De antwoorden op de vraag, gericht aan werknemers verdeeld naar aanstaande en niet aanstaande vervroegd gepensioneerden (blijvers), of men na het zestigste jaar wegens ziekte het werk verzuimd heeft, zijn weergegeven in de volgende tabel.

Tabel 3.2 Ziekteverzuim volgens de werknemers (%).

ooit ziek geweest na 60e jaar	bouw		metaal		havens		onderwijs	
	VUT	blijvers	VUT	blijvers	VUT	blijvers	VUT	blijvers
ja	53	69	40	62	27	35	32	45
neen, nooit	47	31	60	38	73	65	68	55
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: VUT, vervroegde uittreding in ontwikkeling, 1981 p.46

Voor alle bedrijfstakken is de conclusie dat aanstaande VUT-ers volgens eigen zeggen gezonder zijn, althans minder verzuimden wegens ziekte, dan de blijvers. Het gebruik maken van de VUT-regeling hing in de hier onderzochte populatie niet samen met ziekteverzuim. Vermoedelijk behoort dus slechts een klein gedeelte van de vervroegd gepensioneerden tot de potentiële arbeidsongeschikten.

Bezien we de resultaten van een onderzoek bij de PTT onder uittreders (circa 400 werknemers) en niet-uittreders (circa 300 werknemers) dan blijkt dat beide groepen niet verschillen in gerapporteerde ervaren gezondheid. Wel rapporteren de uittreders het jaar voorafgaand aan de uittreding meer verzuimdagen wegens ziekte dan niet-uittreders (Jansen en Kools, 1981).

Een ander ons bekend onderzoek betreft een populatie van 2.000 werknemers uit één groot bedrijf, die gedwongen werden van de VUT gebruik te maken. Voor het vertrek van deze werknemers hebben artsen de gezondheid vastgesteld, evenals die van een gematchte groep niet-uittreders. Ook hier bleek nauwelijks sprake van verschillen tussen beide groepen te zijn (Durinck, Kijlstra-ten Theije, 1986).

Er lijken voldoende redenen om aan te nemen dat het merendeel der vervroegd gepensioneerden geenszins verborgen of potentieel arbeidsongeschikt is. Werknemers, werkgevers en deskundigen (artsen) lijken hierin overeen te stemmen.

3.2.5 Ongezonde werkenden

De uitspraak dat er gezonde en ongezonde werkenden zijn, zal niemand verbazen. In de literatuur over het ziekteverzuim komt onder meer naar voren dat het verzuimpercentage tussen 1949 en 1980 ongeveer verdubbeld is (van 4,6% naar 9,7%). De verdubbelingsfactor zou voor alle leeftijden en voor alle beroepen gelden (Luyckx, 1982). Toch mogen we verwachten dat screening van alle mensen die een betaalde werkkring hebben tot een aanzienlijk hoger percentage dan 10% zieken zal leiden. In een Duits onderzoek kwam naar voren dat, na screening van 50.000 werkende mensen in loondienst, 1,5 % van hen direct in het ziekenhuis opgenomen moest worden en dat een groot deel van de overigen voor nader onderzoek verwezen werd naar huisarts of specialist (Baden-Württemberg, 1970). Dit zou er op wijzen dat mensen vaak kiezen voor ziek doorwerken (Huysmans, 1973).

Bramlage (1962) kwam tot de conclusie dat het percentage zieke doorwerkers in de leeftijdscategorie van 45-65 jaar 42% bedroeg. Ook Philipsen constateerde op basis van vele onderzoeken dat zieke doorwerkers een omvangrijke categorie vormen (Philipsen, 1969). Soeters vermeldde dit ook in 1983. Hij kwam tot de volgende uitspraak: "men dient te bedenken dat de recente daling van het ziekteverzuim, gezondheidsbedreigende effecten voor werknemers kan hebben". Zo wordt gesuggereerd dat de sterke stijging van de werkloosheid na 1979 een sterke verzuimbeperekkende invloed heeft (Smulders, Van Leeuwen, Van Nooten, 1983). Dit zou betekenen dat het aantal zieke doorwerkers de afgelopen jaren mogelijk toegenomen is; aan de andere kant kan de uitstoot van minder gezonde werknemers via werkloosheid- en arbeidsongeschiktheidswet ertoe bijdragen dat relatief veel zieke doorwerkers afgevloeid zijn. Hierbij gaan we uit van de vooronderstelling dat zieke doorwerkers tot minder goede arbeidsprestaties komen en om die reden tezamen met de veel verzuimers grotere kans op ontslag hebben.

Kortom: er zijn ongetwijfeld zieke mensen onder degenen die een betaalde werkkring hebben. Zij zullen een niet geringe minderheid onder de werkenden vormen.

3.3 Ongezondheid als gevolg van niet werken

3.3.1 Inleiding

In dit gedeelte inventariseren we gegevens uit de literatuur over de invloed van het niet werken op de gezondheid. De meeste gegevens zijn ontleend aan buitenlandse literatuur over werklozen.

Het valt niet te verwachten dat het ongewild verliezen van betaalde arbeid op den duur tot een verbetering van de gezondheid leidt; het tegendeel ligt eerder voor de hand. Niet werken is immers in onze samenleving een ongewenste situatie; we mogen dan ook veronderstellen dat gedwongen niet werken bij de meeste mensen die het treft gepaard gaat met identiteitsverlies. Dit verlies kan als indicator gezien worden van een verslechterde psychische of mentale gezondheid.

We mogen echter niet uitsluiten dat er vooral onder arbeidsongeschikten een deelgroep is bij wie niet werken de gezondheid positief beïnvloedt.

Voor een deel der arbeidsongeschikten zou immers kunnen gelden dat juist door het wegvallen van het werk sprake is van een herstel in het evenwicht draaglast-draagkracht; het mogelijke identiteitsverlies ten gevolge van het wegvallen van de sociale functies van werk zou mogelijk gecompenseerd kunnen worden door het bevrijd worden van te zware arbeid en de medische legitimatie van het niet werken.

Voor mensen die vrijwillig vervroegd uitgetreden zijn, kan er zelfs sprake zijn van een identiteitswinst, omdat zij kunnen terugzien op een langdurige loopbaan en omdat het "met de VUT gaan" mogelijk gepaard gaat met een aureool; terugtreding uit het arbeidsproces zou immers impliceren het beschikbaar stellen van de eigen arbeidsplaats voor jonge werklozen. Dat hiervan in de praktijk weinig blijkt terecht te komen, doet niets af aan het feit dat de VUT-regelingen mede vanuit deze achtergrond gepresenteerd zijn. Aan de andere kant zullen we in

de paragraaf over VUT-ers zien dat er 66k mensen zijn die verplicht waren van deze regeling gebruik te maken. Verder weten we dat onder de rubriek "vervroegd gepensioneerden" mensen zijn die vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd v66r het 65e levensjaar, het arbeidsveld moesten ruimen. Identiteitsverlies ligt voor hen niet zozeer voor de hand omdat bij de intreding in het arbeidsproces reeds bekend was dat, bijvoorbeeld op 55-jarige leeftijd, het pensioen zou ingaan.

Gegeven onze veronderstelling dat onder werklozen w61, onder arbeidsongeschikten in zekere mate en onder vervroegd gepensioneerden g61n sprake is van identiteitsverlies, verwachten we dat niet werken voor de eerste categorie w61, voor de tweede categorie in zekere mate en voor de derde categorie g61n negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid.

In paragraaf 3.3.2 komen de arbeidsongeschikten aan de orde, in paragraaf 3.3.3 de vervroegd gepensioneerden en in paragraaf 3.3.4 de werklozen.

3.3.2 Arbeidsongeschikten

Over de invloed van het niet werken op gezondheid bij arbeidsongeschikten is vanuit de literatuur weinig bekend.

In 61n ons bekend onderzoek komt naar voren dat arbeidsongeschikten in de loop van de tijd meer last krijgen van hun ziekte (Merens-Riedstra, 1981). Hoewel dit onderzoek zich niet all61n en niet uitdrukkelijk op gezondheid richt, mogen we deze bevinding niet veronachtzamen. De vraag is echter of de verslechtering inherent is aan de ziekte of handicap dan wel geconditioneerd wordt door de beleving van het niet werken. Jammer genoeg geven de in de voorgaande paragraaf vermelde bevindingen van Hunfield, Kruidenier en Groothof inzake de gezondheid van arbeidsongeschikten hieromtrent geen uitsluitsel. Belangrijk is de constatering dat bij voortduring van de arbeidsongeschiktheid, arbeidsongeschikten in toenemende mate ontdekken dat werken m61r is dan alleen een bron van inkomsten. Men ervaart vooral steeds meer het gemis van functies van werken zoals sociale contacten, maatschappelijke status en waardering, structurering van het dagelijks leven. Func-

ties, aldus Merens-Riedstra, die in het leven zonder werk door vrijwel geen enkele alternatieve activiteit vervuld blijken te kunnen worden (1981, p.146). Daarnaast heeft men steeds het gevoel dat de tijd niet op waardevolle en nuttige wijze besteed wordt. Daarmee heeft de ziekte een ambivalente plaats in het dagelijks leven: enerzijds legitimeert de ziekte het niet werken naar de buitenwacht, anderzijds brengt de ziekte het besef mee dat daarmee de kans op herintreding in het arbeidsproces gering is. Niet werken kan voor arbeidsongeschikten óók problematisch zijn. De ziekte blijkt om twee redenen ongewenst: in de eerste plaats door de psychosociale en economische consequenties ervan, in de tweede plaats door de lichamelijke gevolgen (Merens-Riedstra, 1981). Voor veel arbeidsongeschikten lijkt te gelden dat "non-employability" een emotioneel negatief beladen kenmerk is. We veronderstellen dan ook dat het niet werken het welbevinden van arbeidsongeschikten (op den duur) negatief beïnvloedt. Mede gelet op de lichamelijke kwetsbaarheid van deze categorie veronderstellen we dat het onwelbevinden vervolgens op de lichamelijke gezondheid een negatieve uitwerking heeft.

Onder de arbeidsongeschikten kunnen er evenwel ook individuen zijn bij wie het eventuele identiteitsverlies minder speelt en bij wie het niet werken geen negatieve invloed (meer) heeft op de gezondheid. Het is zelfs denkbaar dat onder de langdurig arbeidsongeschikten gezonden te vinden zijn die het medisch loket definitief gepasseerd zijn, voor wie ziekte niet meer het organisatiekader van het leven is en bij wie sprake is van een voorwaardelijke gezondheid. We denken dan met name aan degenen die eerder om psychische redenen afgekeurd zijn omdat het werk teveel psychische druk met zich meebracht en aan degenen die gestabiliseerd invalide zijn ten gevolge van een ongeval.

Hoewel het zeer waarschijnlijk om een kleine deelcategorie zal gaan, dienen we voorzichtig te zijn deze mensen, wanneer zij zich in een onderzoek als gezonden presenteren, bij voorbaat het etiket "verborgen werkloos" toe te bedelen.

Al deze overwegingen laten onverlet onze verwachting dat bij de meeste arbeidsongeschikten ten gevolge van het ontbreken van betaalde arbeid de gezondheid op den duur negatief beïnvloed wordt.

3.3.3 Vervroegd gepensioneerden

Omtrent de (causale) relatie niet werken en gezondheid bij vervroegd gepensioneerden is vrijwel niets bekend uit de literatuur, met name niet betreffende degenen die voor hun 65e jaar de reguliere pensioengerechtigde leeftijd bereikt hebben.

Omdat voor vervroegd uitgetreden (VUT-ers) zou gelden dat uittreding vrijwillig is, moeten we aannemen dat het zonder werk raken geenszins problematisch is, maar veeleer welkom. Het ligt dan ook niet voor de hand dat uittreding in het kader van de VUT tot een minder goede gezondheid leidt.

Er zijn echter twee deelcategorieën werknemers voor wie de VUT problematisch kan zijn: voor degenen die al dan niet overeenkomstig de CAO, met vervroegd pensioen moesten gaan en voor hen die het dringend advies krijgen in het kader van ad hoc VUT-regelingen uit te treden. Volgens de CAO geldt verplicht vervroegde pensionering in ieder geval voor de grafische industrie (VUT 1981). De tweede groep zouden wij, conform de terminologie van het leger, kunnen betitelen als de "aangevozen vrijwilligers". Volgens een berekening van het Ministerie van Sociale Zaken in 1981 zou de eerste groep een minderheid zijn. Bij Philips en de Havenbedrijven was het aantal verplicht vervroegd gepensioneerden respectievelijk 7% en 28% over de periode 1977 tot 1980. Voor de drie overige vermelde bedrijven en bedrijfstakken (Hoogovens, Bouw en Metaal) bedroeg het gemiddelde percentage 17%. Ons zijn geen andere studies bekend waarin na 1981 onderzoek is gedaan naar de mate waarin "verplichte" en "geadviseerde" vervroegde pensionering voorkomt.

Uiteraard houdt deze verplichting niet automatisch in dat het merendeel van de betrokkenen het ongewenst vindt. Wanneer het vertrek onvrijwillig wordt, gaat het karakter van de VUT echter meer lijken op dat van de arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidsregelingen en moeten we wel rekening houden met eventuele negatieve effecten op de gezondheid. Een verschil is het vrijwel ontbreken van financiële problemen voor vervroegd gepensioneerden. Voor arbeidsongeschikten en werklozen zijn deze aanzienlijk.

De enige ons bekende studie naar effecten van (verplichte) vervroegde pensionering is verricht bij Philips. Twee jaar na de eerste meting

van betreffend onderzoek (zie 3.2.4) bleek de gezondheid van de uitgetreden groep niet af te wijken van de groep die is blijven werken. Bij beide groepen was wel sprake van een "normale" verslechtering van de gezondheid in verband met veroudering (Durinck, Kijlstra-ten Thije, 1986).

Hoewel we de resultaten van deze ene studie niet mogen generaliseren naar alle (verplichte) vervroegd gepensioneerden, is er vooralsnog geen reden om aan te nemen dat vrijwillig of niet vrijwillig uittreden via de VUT of via reguliere vroege pensionering effecten heeft op de gezondheid. Nochtans zijn deze effecten ook niet uit te sluiten.

3.3.4 Werklozen

De meeste internationale studies over de invloed van niet werken op gezondheid hebben vrijwel uitsluitend betrekking op werkloosheid. De vraag of werkloosheid schadelijk is voor de gezondheid is op twee niveaus onderzocht.

Op geaggregeerd niveau worden werkloosheidscijfers en andere vooral economische parameters in verband gebracht met ziekte- en sterftcijfers. Op individueel niveau worden individuen als analyse-eenheid genomen. Hun gezondheid wordt gerelateerd aan de status van het werkloos zijn.

Op elk niveau wordt zowel aandacht besteed aan de directe relatie niet werken en gezondheid, als aan de indirecte relatie met de leefsituatie als interveniërende factor.

a Studies op geaggregeerd niveau

Brenner deed op geaggregeerd niveau longitudinaal onderzoek. Hij bestudeerde in de USA de relatie tussen economische variabelen, inclusief de werkloosheids- en sterftcijfers over een lange periode, namelijk 1909-1976. Sterftcijfers bleken significant samen te hangen met vroegere werkloosheid: zijn conclusie was dat werkloosheid een uitgesteld effect van 2 jaar had op sterftcijfers (Brenner, 1980).

In de internationale literatuur lijkt er een zekere overeenstemming te bestaan over de negatieve invloed van werkloosheid op gezondheid,

hoewel er nauwelijks sprake is van overeenstemming over de vraag hoe slecht de gezondheid van werklozen dan wel is. De bevindingen variëren van geestelijke/psychische en lichamelijke problematiek tot overlijden en zelfmoord: "unemployment kills". Wanneer de term geestelijke gezondheid ruim geïnterpreteerd wordt, blijkt uit onderzoeksbevindingen dat het zelfbeeld of de zelfwaardering aangetast kan worden. Deze resultaten worden echter in twijfel getrokken (Nijhuis, Knipschild, 1982).

De uitspraak "unemployment kills" baarde weliswaar opzien, maar kwam geenszins ongeloofwaardig over (Brenner, 1971, 1977, 1979, 1982). Vooral hartziekten en cirrhose zouden hieraan een aanzienlijke bijdrage leveren. Naast natuurlijke dood werd ook zelfmoord gesignaleerd. Brenner en anderen onderzoeken sinds 1970 de samenhang tussen economische conjunctuur-ontwikkelingen en ziekte of sterfte. Werkloosheidscijfers vormen hierbij indicaties voor economische teruggang, terwijl mortaliteit en morbiditeit, alsmede opnamen in ziekenhuizen en psychiatrische inrichtingen, indicaties vormen voor de gezondheid van de bevolking.

Zij constateerden dat vier factoren van invloed waren op de sterftecijfers in Engeland en Wales in de periode 1936-1976 (Brenner, 1979):

- de hoogte van het nationaal inkomen als indicatie voor voeding, sanitaire voorzieningen, opleiding en medische technologie;
- werkloosheidscijfers;
- snelle economische groei, welke samengaat met instabiliteit en stress voor specifieke groepen;
- uitgaven van de overheid in het kader van sociale voorzieningen.

Belangrijk voor ons is dat zij vaststelden dat het werkloosheidspeil op significante wijze positief samenhangt met sterftecijfers.

Gravelle, Kerkhinson en Stern (1981) herhaalden het onderzoek met hetzelfde materiaal. Zij kwamen tot de constatering dat de samenhang tussen werkloosheid en sterfte niet meer significant was wanneer de periode uitgebreid werd van 1922-1976. Zij wezen erop dat het door Brenner gevonden verband bijna uitsluitend berust op een forse achteruitgang in werkloosheid tussen 1940-1942. Naar aanleiding van de discussies over de tegenstrijdige uitkomsten merkt Warr het volgende op: "aparte analyses van de sterftecijfers gedurende kortere perioden dan de door Brenner onderzochte (en gedurende een langere periode,

namelijk 1922-1976) bleken niet in staat ook maar een enkel significant verband met de werkloosheid aan te tonen" (Warr, 1983, p.27).

McAvinchey (1984) kwam in zijn onderzoek omtrent Schotland tot gedifferentieerde uitspraken. Bij twaalf leeftijdscategorieën van mannen vond hij in twee categorieën een positief, en in twee andere categorieën een negatief verband tussen werkloosheid en sterfte; in de acht resterende categorieën vond hij geen enkel verband. Forbes en McGregor (1984) bevestigden na een herhaling van het onderzoek de juistheid van deze bevindingen van McAvinchey.

Vele auteurs zijn het erover eens dat het onderzoek van Brenner waardevol is omdat het nieuwe stimulansen gaf tot verdere exploratie. Een van de hieruit voortvloeiende hypothesen is die van Eyer (1977): ziekte en dood zijn in tijden van depressie mede het gevolg van de daaraan voorafgaande stresserende hoogconjunctuur; zowel hoog- als laagconjunctuur zouden bijdragen aan een slechte gezondheid. Hij stelt dan ook voor meer nadruk te leggen op specifieke doodsoorzaken in plaats van sterfte als geheel. Zo zou volgens Eyer dood ten gevolge van verkeers- en bedrijfsongevallen vooral in verband staan met een overspannen arbeidsmarkt, omdat daar een aanzienlijk groter aantal mensen aan het werk is dan in een periode van laagconjunctuur; deze mensen worden blootgesteld aan ongevalsrisico's op straat en extra werkdruk.

We zouden ons ook voor kunnen stellen dat ziekten 66k en vooral terug te voeren zijn op een periode met een snel dalende conjunctuur. Wanneer de daling lang genoeg aanhoudt lijkt het aannemelijk dat voortdurende angst voor mogelijk ontslag, samenhangend met eventuele reorganisatie en bedrijfssluiting, een belangrijke stressor is. Zo zijn er vele interpretaties mogelijk over gevonden samenhangen, terwijl bij herhaald onderzoek blijkt dat ook de uitkomsten lang niet altijd consistent zijn. Dit heeft later geleid tot methodologische kritiek op de zogenaamde macrostudies (Spruit, 1983; WHO, 1983; Nijhuis, Knipschild, 1982; Gravelle, 1984).

Zelfs wanneer men in een herhaald onderzoek tot dezelfde resultaten komt is de vraag welke (causale) betekenis hieraan gegeven mag worden.

In de verrichte macrostudies worden ook tal van op zich relevante variabelen betrokken zoals woonomstandigheden, alcohol- en tabaksge-

bruik, sociale steun, voeding en gezondheidszorgkosten (o.a. Svensson, Zöllner, 1981).

Het blijkt moeilijk afzonderlijke variabelen te isoleren omdat zij vaak met andere variabelen als clusters voorkomen. Zo hebben mensen uit lagere sociaal-economische strata vergeleken met die uit hogere strata lagere inkomens, een minder goede gezondheid, slechtere behuizing en minder opleiding, terwijl ze daarenboven vaker en langer werkloos zijn, meer riskante gewoonten en minder goede voedingsgewoonten hebben. Mogelijk verschillen de lagere en hogere strata ook in gezondheidsopvattingen, hetgeen weer invloed kan hebben op hun gezondheids- en ziektegedrag (Halfens 1988).

Vermeldenswaard in dit verband is dat demografische factoren van invloed lijken op het zonder werk geraken: ouderen, laag opgeleiden en alleenstaanden blijken eerder uit het arbeidsproces te treden dan jongeren, hoog opgeleiden en samenwonenden (CBS, Statistisch magazine, 1986; Warr, 1982; Maassen, 1987; Spruit, 1987). Tegelijkertijd is er de vraag in hoeverre deze factoren samenhangen met gezondheid en andere hiervoor genoemde variabelen.

b Kritiek op de studies op geaggregeerd niveau

Resultaten van de hiervoor genoemde studies hebben bijgedragen tot een methodologische en theoretische bezinning over onderzoek naar de causale relatie tussen niet werken en gezondheid. Teneinde greep te krijgen op de causale keten tussen niet werken en gezondheid wordt een steeds sterker pleidooi gevoerd om micro-studies (op individueel niveau) uit te voeren. Gegeven de complexiteit van het proces dat op gezondheid inwerkt, bepleit onder andere Gravelle (1985) cross-sectioneel en longitudinaal onderzoek op individueel niveau te verrichten. Prospectieve en retrospectieve cohortstudies worden eveneens aanbevolen om beter inzicht te verkrijgen in de causale relatie tussen niet werken en gezondheid (Nijhuis, Knipschild, 1982).

Het tot nog toe verrichte cross-sectionele onderzoek levert weinig significante verbanden op tussen niet werken en gezondheid. Warr (1983) acht dit verrassend omdat een verband alleen al voor de hand ligt vanwege de selectieve uitval: minder gezonden lopen grotere kans zonder werk te blijven, terwijl gezonden grotere kans hebben opnieuw werk te vinden.

De invloed van de duur van het niet werken zou bij uitstek in longitudinale studies onderzocht kunnen worden met een groep niet werkenden, aangevuld met werkenden als contrast. Bij zodanig opgezette studies kan immers met meer zekerheid iets gesteld worden over de causale invloed van werkloosheid op gezondheid. In de praktijk echter blijkt dit onderzoek zeer schaars.

Langs deze wegen kan ook kennis vergaard worden over variabelen die tot niet werken en gezondheid predisponeren en verschillen die de relatie tussen niet werken en gezondheid doorkruisen (zoals riskante gewoonten).

In de literatuur vinden we ook pleidooien meer explorerend-beschrijvend en transversaal onderzoek te verrichten om zodoende tot ontwikkeling van gedragsmodellen te komen (Spruit, 1983; WHO, 1983). Tot nog toe zijn weliswaar aanzetten gegeven tot gedragsmodellen op deelterreinen, maar getoetste kennis is fragmentarisch. Zo is inmiddels bekend dat onder werklozen sociale steun een voorspellende waarde heeft voor gezondheid. Ook is bekend dat mannen van middelbare leeftijd, die de opvatting toegedaan zijn dat zij de eigen situatie kunnen beïnvloeden, een betere gezondheid hebben dan die welke van mening zijn dat alleen anderen hun situatie kunnen beïnvloeden (Gore, 1978; Krause, Strijker, 1984).

c Studies op individueel niveau

Gravelle (1985) voert als voorbeeld van goed onderzoek dat van Banks en Jackson uit 1982 aan. Deze onderzoekers hadden een populatie jonge schoolverlaters gevolgd vanaf het moment dat zij de school verlieten tot anderhalf jaar later. Zij kwamen tot de conclusie dat een slechte mentale of geestelijke gezondheid niet oorzaak, maar gevolg is van het werkloos zijn.

Ten onzent wijzen Verkley en Spruit (1987) op basis van een longitudinaal onderzoek erop dat langdurig werklozen in de loop van de tijd een minder gezonde leefwijze rapporteren en een slechtere score krijgen op gezondheidsvragenlijsten. Dit kwam vooral tot uiting in algemene malaise en lichamelijke klachten. Zij constateerden dat de "blijvend" werklozen en "blijvend" werkenden verder uit elkaar groeien. Dezelfde auteurs leggen hun bevindingen naast die van soortgelijk onderzoek in Groot-Brittannië (Warr, 1985) en Zweden (Levi, Brenner, 1985). Ook daar werden werklozen circa twee jaar gevolgd. Gemiddeld ging de gezondheid

van de werklozen in beide landen achteruit, hoewel vooral in Zweden een kleine deelpopulatie van de werklozen daarvoor verantwoordelijk was. Bij een gedeelte was er sprake van aanpassing aan de situatie, hetgeen vooral inhield een toenemende vaardigheid in het hanteren van de rol van werkloze, en afname van de onzekerheid over de reacties en verwachtingen van de mensen uit de omgeving (Warr, 1985).

Belangrijk daarbij is of werklozen vanuit de omgeving steun ontvangen. Sociale steun kan immers onwelbevinden ten gevolge van verlies van arbeid helpen opvangen en daarmee ziekte mogelijk voorkomen (Gore, 1978).

In een Nederlands onderzoek onder 750 werklozen in de Randstad (en 750 werkenden ter controle) is aan dit onderwerp aandacht besteed (Verkley, Spruit 1987). Een klein gedeelte van de werklozen, 17%, ervoer het werkloos zijn eerder als plezierig dan als problematisch. Deze bevindingen waren conform die van Wezel (1975). Bijna de helft, 47%, beleefde het niet werken als onplezierig, maar niet als iets afschuwelijks, terwijl circa één derde, 36%, de situatie als zeer problematisch ervoer.

Spruit et al. (1987) geven aan dat werkloosheid vaker tot eenzaamheid leidt wanneer men een gering aantal relevante anderen in zijn omgeving heeft en zich zorgen maakt over zichzelf en het gezin. Wanneer de kwaliteit van de relaties minder sterk is, wordt de eenzaamheid als schrijnender ervaren. Het hebben van zorgen over het niet werken, inclusief financiële problemen, verkleint de neiging om anderen op te zoeken en over de situatie te spreken.

Uit een ander onderzoek, waarbij werklozen een jaar gevolgd zijn, komt naar voren dat bij het voortschrijden van de tijd dat men zonder werk is de eenzaamheid zich over een grotere groep uitbreidt: ten tijde van ontslag voelde 2% zich eenzaam en een jaar later 30% van degenen die werkloos bleven (Tazelaar, Sprengers, 1984).

Tegen de achtergrond van het vorenstaande concluderen Spruit et al. (1987) dat er sterke aanwijzingen zijn dat de grotere eenzaamheid onder werklozen aan de toestand van de werkloosheid zelf geweten kan worden.

Sociale steun wordt door Warr (1983) naar voren gebracht als een van de variabelen die een interveniërende rol blijken te spelen op de causale relatie werkloosheid-gezondheid. Andere variabelen, die hij op

basis van een literatuurstudie naar voren brengt, zijn binding aan het werk, leeftijd, geslacht, duur van de werkloosheid, sociale klasse, financiële druk, niveau van persoonlijke activiteiten, het volgen van programma's voor werklozen, persoonlijke begeleiding, eerdere ervaringen met werkloosheid, de gepercipieerde oorzaak van werkloosheid, het plaatselijke werkloosheidspeil en persoonlijke stressgevoeligheid (Warr 1983).

Op individueel niveau is tot nog toe ook weinig bekend over riskante gewoonten van niet werkenden. Daarenboven zijn uitspraken hierover tegenstrijdig (Warr, 1983; Crawford, Plant, Kreitman, Latcham, 1987). Kennis over deze variabelen geeft de mogelijkheid extra kwetsbare groepen op te sporen om vervolgens voor hen speciale interventieprogramma's te ontwikkelen.

3.4 Gezondheidsmetingen onder niet werkenden

Uit voorgaande paragrafen kunnen we concluderen dat (on)gezondheid van niet werkenden op vele manieren geoperationaliseerd is. Een illustratieve opsomming van onderscheiden wijzen waarop ongezondheid en ziekte onder werklozen gemeten is, vinden we in een overzichtsrapport van Nijhuis en Knipschild (1983). Zij hebben ruim 60 nationale en internationale artikelen geïnventariseerd, daarbij lettend op de gehanteerde operationalisaties en gebruikte onderzoeksmethoden. Op grond van de operationalisaties hebben zij drie hoofdrubrieken gemaakt, te weten geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid en ziektegedrag. De onderverdeling van geestelijke gezondheid in termen van "gevoelens van doelloosheid", "veranderingen in het self esteem", "sociaal isolement" en "tijdsbeleving", illustreert de gehanteerde reikwijdte van geestelijke gezondheid. De variatie in gehanteerde operationalisaties van (on)gezondheid is dermate groot dat alleen met de ideële definitie van gezondheid, zoals de WHO hanteert, het geheel omvat kan worden: gezondheid is een toestand van lichamelijk, psychisch en maatschappelijk welzijn.

Niet zelden zien we dat de term "gezondheidsproblemen" gehanteerd wordt in onderzoek over werklozen. Een dergelijke term geeft kennelijk de ruimte alle aspecten van het menselijk bestaan onder "gezondheid" te laten vallen. Ter illustratie geven we het volgende weer: "The

psychological, economic and social consequences of unemployment (...) can lead to a broad spectrum of health problems in the long run such as depression, alcohol addiction, drug abuse and other chronic health and social conditions leading to chronic vulnerability" (Svensson, Zöllner, 1985, p.1).

Als men deze brede definitie hanteert, dan moet geconcludeerd worden dat werkloos en arbeidsongeschikt zijn tot ongezondheid leidt. Op grond van de vermelde literatuurstudie van Nijhuis en Knipschild moeten we in ieder geval ook concluderen dat tot nog toe niet bewezen is dat in tijden van welvaart in de westerse kapitalistische wereld werkloosheid de lichamelijke gezondheid beïnvloedt. Omdat wij het begrip ongezondheid enigszins willen afbakenen, achten we het van belang de eerder vermelde omschrijving van geestelijke gezondheid niet over te nemen. Aan de andere kant dienen we te voorkomen dat ongezondheid zodanig afgebakend wordt dat deze ingeëngd wordt tot ziekte in de betekenis van het met behulp van biomedische bepalingen aantonen van een pathologisch substraat. De kans is dan groot dat we voorbijgaan aan ziekte als beleving. Daarom kiezen wij voor gezondheidsindicatoren met een enigszins objectief en indicatoren met een enigszins subjectief of beleavingskarakter. Daarbij moeten we ervoor waken dat we ziektegedrag uitsluiten. Ziekte en ziektegedrag zijn immers nauw aan elkaar verbonden. Ziektegedrag is een onvermijdelijke categorie in de beoordeling van iemands gezondheid, hetgeen in gezondheidszorg en samenleving erkend wordt (Philipsen, Halfens, 1983). In het volgende hoofdstuk zullen we de lijn van deze keuze verder doortrekken.

3.5 Conclusies en samenvatting

In dit hoofdstuk zijn we aan de hand van binnen- en buitenlandse literatuur ingegaan op de samenhang tussen niet werken en gezondheid. Enerzijds hebben we de invloed van (on)gezondheid op het niet werken, dan wel zonder werk geraken, besproken; anderzijds kwam de invloed van niet werken op gezondheid ter sprake.

Wat het eerste betreft lijkt het aannemelijk dat een slechte gezondheid niet alleen tot arbeidsongeschiktheid leidt, maar voor een deel ook tot werkloosheid. Vooral bij reorganisaties blijkt deze relatie een rol te spelen; bij bedrijfssluitingen lijkt dit niet het geval.

Dat een slechte gezondheid tot vervroegde pensionering leidt, kan niet worden aangetoond en ligt ook niet voor de hand. Voorts hebben we naar voren gebracht dat 66k onder mensen die een betaalde werkkring hebben waarschijnlijk een niet te onderschatten minderheid tot de zieken behoort.

Met betrekking tot de vraag of niet werken tot een slechte gezondheid leidt, blijken de bevindingen in de literatuur opvallend uiteen te lopen. Dit is mede afhankelijk van de methode van onderzoek en de gehanteerde operationalisatie van gezondheid. Arbeidsongeschikt zijn, beïnvloedt waarschijnlijk op den duur de subjectieve gezondheid negatief vanwege het gemis aan arbeid, ondanks het medisch alibi. Ook achten we het niet onwaarschijnlijk dat hierdoor de objectieve gezondheid negatief beïnvloed wordt, vanwege de lichamelijke kwetsbaarheid. Werkloos zijn beïnvloedt mogelijk de subjectieve gezondheid en niet de objectieve gezondheid. Het is niet denkbeeldig dat een kleine groep minder gezonde werklozen bij onvoldoende steun uit de omgeving op den duur tot een dusdanig identiteitsverlies komen dat zij in een neerwaartse spiraal van een verslechterende gezondheid terecht komen. Het ligt niet voor de hand dat het niet werken de gezondheid van vervroegd gepensioneerden beïnvloedt.

Samenvattend komen we tot het volgende schema: de linker kolom betreft de vraag of bij de afzonderlijke categorieën gezondheid tot niet werken geleid heeft. De rechter kolom betreft de vraag of niet werken tot ongezondheid leidt; "Subjectief" staat voor subjectieve gezondheid en "objectief" voor objectieve gezondheid.

Samenvattend overzicht: ongezondheid als oorzaak en als gevolg van het niet werken, gedifferentieerd naar niet werkenden en werkenden.

	on gezond- --> niet heid werken	niet --> on gezond- werken heid
AO	ja	subjectief: ja objectief: mogelijk
WW	mogelijk een klein deel	subjectief: ja objectief: neen
VUT	niet waarschijnlijk	niet waarschijnlijk
werkenden	mogelijk een klein deel on gezond; kan tot verlies van werk leiden	n.v.t.

Gelet op de literatuur-inventarisatie en terugkoppelend naar onze veronderstellingen in paragraaf 3.1 kunnen we niet tot preciese uitspraken komen over de relatieve gezondheidstoestand van de drie categorieën niet werkenden en werkenden.

In het voorgaande hebben we ook gezien dat resultaten van onderzoeken op een hoog geaggregeerd niveau bijgedragen hebben tot een methodologische en inhoudelijke bezinning over de relatie niet werken en gezondheid. Er blijkt duidelijk behoefte aan drie "typen" onderzoek, bij voorkeur op individueel niveau, om inzicht te krijgen in de relatie niet werken en gezondheid:

- 1 explorerend-beschrijvend onderzoek om tot ontwikkeling van gedragsmodellen te komen;
- 2 transversaal onderzoek;
- 3 longitudinaal onderzoek.

Tegen deze achtergrond hebben we, zoals uit het volgende hoofdstuk blijkt, gekozen voor transversaal en longitudinaal onderzoek op micro-niveau.

Omdat gezondheid niet zelden zodanig geoperationaliseerd is dat ook vele aspecten van het dagelijks leven hieronder vallen, lijkt het aanbevelingswaardig in ons onderzoek over gezondheid en niet werken, de term "gezondheid" enigszins in te perken op de wijze zoals beschreven in paragraaf 3.4.

Daarnaast achten we het van belang apart aandacht te besteden aan voor de gezondheid riskante gedragingen en sociale participatie; beide kunnen immers de relatie niet werken en gezondheid doorkruisen.

4. Probleemstelling, Hypothesen en Operationalisatie

4.1 Inleiding

Voortbouwend op de bevindingen in het vorige hoofdstuk vervolgen we in dit hoofdstuk met de probleemstelling, hypothesen en operationalisatie, achtereenvolgens in de paragrafen 4.3, 4.4 en 4.5.

Voorafgaand geven we mede aan de hand van de eerder besproken literatuur een overzicht van bevindingen en overwegingen die richting en inhoud bepalen van ons onderzoek. Hiervoor is paragraaf 4.2 gereserveerd.

4.2 Overwegingen die richting geven aan het onderzoek

Tegenstrijdige uitspraken over de onderlinge verschillen in gezondheid tussen de drie categorieën niet werkenden roepen de vraag op in hoeverre de drie etiketten "arbeidsongeschikt", "werkloos" en "vervroegd gepensioneerd" onderling inwisselbaar zijn.

Eerder verwezen we naar uitspraken die aangeven dat het onderscheiden van werklozen en arbeidsongeschikten analytisch en irrelevant is.

Gelet op de verschillende oorzaken van het zonder werk geraken en de afzonderlijke voorzieningen waaronder de onderscheiden categorieën vallen, mogen we echter verwachten dat de mensen die hieronder vallen verre van gelijk zijn in gezondheid.

Wetenschappelijke uitspraken over gezondheid van arbeidsongeschikten en werklozen berusten op rapportage van betrokkenen zelf. Deze bevindingen worden soms in twijfel getrokken (Tazelaar, 1983). Eerder vermelde bevindingen inzake hogere sterftecijfers onder arbeidsongeschikten en hogere cijfers over ziekenhuisopnames (en opnameduur)

lijken het wantrouwen jegens resultaten op basis van zelfrapportage niet weg te nemen. Zoals arbeidsongeschikten verdacht kunnen worden van overrapportage inzake ziekte en onwelbevinden, zo kunnen werklozen verdacht worden van "onderrapportage": bij werklozen die graag willen herintreden is de kans op trucage naar de "flinke" kant het grootst (Tazelaar, 1983).

Vooraf de tegenstrijdige bevindingen in de buitenlandse literatuur over de effecten van werkloosheid op gezondheid geven aanleiding de samenhang tussen de duur van (gedwongen) niet werken en gezondheid in Nederland nader te exploreren. De situatie in ons land is om meer dan een reden niet vergelijkbaar met die in het buitenland. Dit komt onder meer door een totaal andere wetgeving en veelal andere financiële implicaties van het zonder werk geraken. Daarom is meer kennis over de samenhang tussen werkloosheid en gezondheid van groot belang. Wanneer (langdurend) niet werken een dusdanige stressor is dat de gezondheid van betrokkenen negatief beïnvloed wordt, is het van belang hiermee rekening te houden bij het te voeren (werkloosheids)beleid. Meer inzicht hierover is vooral van belang omdat Nederland in de westerse wereld een van de landen is met het hoogste werkloosheidscijfer en de langste werkloosheidsduur: in 1986 was zelfs bijna 60% van de werklozen langer dan 12 maanden zonder werk (volgens OESO normen).

Indien bijvoorbeeld langdurig werklozen een slechtere gezondheid hebben dan de kortdurig niet werkenden, kan dit ook het gevolg zijn van een negatieve selectie, omdat, zoals eerder vermeld, gezonde werklozen en minder ongezonde arbeidsongeschikten een grotere kans zouden hebben in het arbeidsbestel te reïntegreren. Dat zou tot een cumulatie leiden van ongezonden onder de langdurig niet werkenden.

Het is denkbaar dat een eventuele slechte gezondheid onder langdurig niet werkenden gedeeltelijk een selectie-effect en gedeeltelijk een effect is van constante en toenemende stressoren die het gedwongen niet werken met zich mee zou brengen.

Uitsluitend hieromtrent is niet alleen theoretisch van belang, maar kan ook belangrijk zijn wanneer handvatten gezocht worden om de eventuele negatieve effecten van het niet werken te beïnvloeden.

Een vraag die niet zelden gesteld wordt is deze: heeft het gemis van betaalde arbeid behalve invloed op gezondheid ook invloed op gezondheidsbedreigende factoren als riskante gewoonten en sociaal isolement? Wetenschappelijke kennis hieromtrent kan óók aanleiding geven tot de vraag of het beleid inzake niet werkenden bijgesteld dient te worden.

Een belangrijk discussiepunt is tevens of er sprake is van een naderende twee-delning van de samenleving tussen werkenden en niet werkenden.

Uit het leefsituatie-onderzoek van 1982 komt naar voren dat werkloosheid en arbeidsongeschiktheid de bestaande verschillen met werkenden wel intensiveren, maar dat de invloed ervan niet zo groot is dat van nieuwe scheidslijnen, of zelfs van dichotomisering van de samenleving sprake is (Becker, Vink, 1984).

Het vorenstaande brengt ons ertoe in ons onderzoek de volgende aandachtspunten centraal te stellen.

- Verschillen in gezondheid tussen arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden enerzijds en, tussen deze categorieën en werkenden anderzijds;
- Betrouwbaarheid van gezondheidsuitspraken door arbeidsongeschikten en werklozen, door deze te vergelijken met uitspraken van (huis)-artsen over de gezondheid van dezelfde categorieën op basis van medische dossiers;
- Samenhang tussen de duur van niet werken en gezondheid; in die betekenis dat vastgesteld kan worden of ongezondheid onder de onderscheiden categorieën langdurig niet werkenden een selectie-effect, dan wel een causaal gevolg van niet werken is;
- Samenhang tussen niet werken enerzijds en riskante gewoonten en participatie anderzijds; ook wat dit thema betreft is het van belang vast te stellen of niet werken invloed heeft op riskante gewoonten en participatie, en zo ja, in hoeverre dit voor alle drie categorieën niet werkenden geldt.

Er zijn uiteraard nog meer relevante aandachtsvelden vast te stellen op het terrein van niet werken. Genoemde onderwerpen zijn, gelet op de literatuur op dit terrein, de belangrijkste. De tegenstrijdige opvattingen over de relatie niet werken en gezondheid én over de beweerde

onderlinge inwisselbaarheid van arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden op basis van gezondheid vragen erom deze onderwerpen centraal te stellen. In hoofdstuk drie vonden we aanwijzingen dat werkloos en arbeidsongeschikt zijn tot een slechtere (mentale) gezondheid leidt, tot minder sociale contacten en tot meer riskante gewoonten. Het is echter niet altijd duidelijk of selectieve uitval tot een vertekening van de uitkomsten geleid heeft. Cross-sectionele onderzoeken wijzen gedeeltelijk op een samenhang tussen werkloos zijn en welbevinden in causale termen, maar we moeten ermee rekening houden dat in de loop van de tijd, naast de verwachte teruggang van het gevoel van welbevinden ook een proces van zelfselectie kan meespelen: "degenen met een hoger niveau van welbevinden kunnen wellicht beter een nieuwe baan vinden, omdat zij bijvoorbeeld meer zelfvertrouwen tonen in een sollicitatiegesprek" (Warr, 1983).

Tot nog toe is niet aangetoond dat werkloosheid en arbeidsongeschiktheid - in de betekenis van geen werk hebben - de fysieke gezondheid negatief beïnvloeden, hoewel in het algemeen aangenomen wordt dat dit het geval is (Warr, 1983). Daarnaast zijn er tegenstrijdige uitspraken over zowel maatschappelijke isolatie van niet werkenden als over de mate waarin onder hen voor de gezondheid riskante gedragingen voorkomen (o.a. Becker, Vink, 1984; Knibbe, 1984).

Vooral longitudinale analyse kan ons meer inzicht geven hierin.

We dienen hieraan toe te voegen dat gegeven genoemde aandachtsvelden de definitieve probleemstelling mede inhoud gekregen heeft door de keuze ons onderzoek gedeeltelijk het karakter te geven van secundaire analyse op bestaand materiaal. Dit betreft de gegevens van de landelijke studie Nederland Oké die in 1981 en 1983 uitgevoerd is. De keuze van dit materiaal is ingegeven door de volgende overwegingen:

- het betreft een representatieve landelijke steekproef onder niet werkenden en werkenden;
- het materiaal dekt in aanzienlijke mate de door ons relevant geachte aandachtsvelden;
- het is een panelstudie, waardoor we niet werkenden in de tijd kunnen volgen;
- het materiaal is "in huis", waardoor extra kosten en inspanning, nodig om de gegevens van elders te betrekken, vermeden konden worden.

Het onderzoeksmateriaal biedt daarenboven het voordeel dat we andere in Nederland Oké beschikbare relevante gegevens in relatie tot niet werken, óók in het onderzoek kunnen betrekken. Deze gegevens betreffen gezondheidsopvattingen, vooral de beheersingsoriëntatie als bijzondere specificatie hiervan. Deze oriëntatie is gerelateerd aan gezondheid en ziekte én gezondheids- en ziektegedrag. Met behulp hiervan kunnen we vaststellen in hoeverre de afzonderlijke categorieën niet werkenden en werkenden verschillen in opvatting of de beheersing van hun gezondheid aan henzelf dan wel aan anderen of het toeval toegeschreven kan worden. We mogen immers veronderstellen dat de beheersingsoriëntatie relevant is voor gezondheids- en ziektegedrag, indien gezondheid en ziekte (ook) een motivatie vormt voor het gedrag (Halfens et al, 1988).

De keuze om secundair materiaal te analyseren brengt uiteraard ook nadelen met zich mee.

Het nadeel van het Nederland Oké materiaal is twee-ledig:

- het bestand vrouwen is dusdanig klein dat het niet verantwoord was niet werkende vrouwen in het onderzoek op te nemen. Daarbij was de categorie werklozen gesplitst in twee subcategorieën, namelijk werkloze vrouwen en werkzoekende huisvrouwen. Werkzoekende huisvrouwen lijken geenszins bij voorbaat vergelijkbaar met werkloze huisvrouwen. Beide subcategorieën en die van arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden zijn dermate klein in aantal dat het verre van verantwoord leek te onderzoeken in hoeverre deze overeenkwamen naar relevante kenmerken.
- niet alle gegevens waarin men als onderzoeker geïnteresseerd is zijn aanwezig. Zo hadden we graag de beleving van het niet werken gemeenten. Tevens hadden we graag meer indicatoren van sociale participatie in het onderzoek betrokken dan de beschikbare; we denken daarbij aan de omvang van het sociale netwerk, de daaruit ervaren praktische en emotionele steun en de wederkerigheid inzake steun.

4.3 De probleemstelling en omschrijving van de begrippen

De probleemstelling is als volgt geformuleerd:

- 1 Verschillen drie categorieën niet werkende mannen, te weten arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden, onderling, en in vergelijking met werkende mannen naar gerapporteerde gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie?
- 2 Komt zelfrapportage over gezondheid van niet werkende en werkende mannen overeen met rapportage door huisartsen aan de hand van medische dossiers?
- 3 Beïnvloedt de duur van het niet werken de gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie, en zo ja, in welke richting?

De toegepaste begrippen worden nu nader toegelicht.

- Niet werkenden en werkenden

De onderzoekspopulatie wordt in de eerste plaats gedefinieerd door geslacht (mannelijk), nationaliteit (Nederlands) en leeftijd (21 t/m 64 jaar), en door de eis dat de respondenten niet woonachtig zijn in een instelling van welke aard dan ook (verpleeghuis, penitentiaire inrichting, ziekenhuis, zwakzinnigeninrichting, klooster of kazerne).

Onder werklozen verstaan we in dit onderzoek degenen die geen betaald werk (meer) hebben en werkzoekend zijn. Dit houdt in dat werklozen die part-time werken en een full-time baan zoeken, dan wel betaald werk verrichten dat niet of onvoldoende aansluit bij hun opleiding of ervaring en (beter) passend werk zoeken, niet in het onderzoek betrokken zullen worden.

Arbeidsongeschikten in dit onderzoek zijn degenen die arbeidsongeschikt verklaard zijn op basis van de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO), de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (AAW) en ABP-Invaliditeitspensioen én geen betaald werk verrichten. Arbeidsongeschikten die voltijds of deeltijds betaald (aangepast) werk doen, sluiten we derhalve uit.

Onder vervroegd gepensioneerden verstaan we degenen die nog geen 65 jaar oud zijn en voor hun 65e levensjaar met pensioen zijn gegaan op

basis van welke regeling dan ook (vervroegde uittreding, functioneel leeftijdsontslag, eerder pensioen vanwege "tropenjaren" of rentenierschap), zonder dat zij betaald werk verrichten.

Werkenden tot slot zijn alle Nederlandse mannen die betaald werk verrichten en niet onder een van vorengenoemde categorieën vallen.

- Gezondheid

Vooruitlopend op hoofdstuk vijf - methoden en populaties - wijzen we erop dat de vraagstelling, voorzover het gezondheid betreft, beantwoord wordt aan de hand van twee onderzoeken. Het eerste onderzoek gaat uit van gegevens van het eerder vermelde landelijk onderzoek dat in het kader van de actie "Nederland Oké" uitgevoerd is (secundaire analyse); het tweede betreft een praktijkpopulatie-onderzoek in enkele huisartspraktijken die in één gezondheidscentrum ondergebracht zijn.

Dit betekent dat gezondheid op twee manieren gemeten is:

- in het landelijk onderzoek wordt gezondheid gemeten met behulp van uitspraken van de respondenten zelf op geleide van door interviewers gestelde vragen. Uitspraken van de respondenten betreffen: aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen/handicaps en doktersbezoek (gerapporteerde objectieve gezondheid), lichamelijke klachten, beoordeling van de eigen gezondheid, zelfmedicatie of medicijngebruik op eigen initiatief en zorgen over de eigen gezondheid (gerapporteerde subjectieve gezondheid). Zelfmedicatie als indicator voor ziektegedrag reikt verder dan subjectieve gezondheid sec; het betreft het innemen van pijnstillers, norit, laxeermiddelen, slaap- en kalmeringsmiddelen;
- in het praktijkpopulatie-onderzoek wordt de gezondheid van de patiënt vastgesteld op basis van medische dossiers door de huisarts. Uitspraken van de huisartsen betreffen problemen van de patiënt, die rechtstreeks op diens actuele gezondheid betrekking hebben dan wel een bedreiging van diens gezondheid kunnen vormen. Tevens is ten behoeve van dit onderzoek het aantal arts-patiënt contacten over 1986 vastgelegd. Rapportage van de huisarts van gezondheidsproblemen noemen we (objectief) vastgestelde gezondheid.

- Gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten, participatie en duur van het niet werken

Onder gezondheidsopvattingen verstaan we zowel meningen over het belang dat gezondheid heeft in relatie tot andere waarden, als de beheersingsoriëntatie in relatie tot gezondheids- en ziektegedrag. Beheersingsoriëntatie kan worden beschreven als een algemene verwachting omtrent wie of wat gebeurtenissen beheerst en in welke mate (Halfens, 1985). Halfens onderscheidt hieraan drie van elkaar onafhankelijke dimensies, namelijk de mate waarin men de eigen gezondheid meent te kunnen beïnvloeden (interne beheersingsoriëntatie), de mate waarin men meent dat artsen als machtige anderen de gezondheid kunnen beïnvloeden (de externe beheersingsoriëntatie ofwel de oriëntatie op machtige anderen), en als derde dimensie, de mate waarin men de opvatting toegedaan is dat gezondheid beïnvloed wordt door kans of toeval (kans of toevalsoriëntatie) (Halfens, 1985).

Onder riskante gewoonten verstaan we gewoonten die de gezondheid negatief kunnen beïnvloeden. In dit onderzoek worden betrokken het roken van sigaretten, gebruik van alcoholhoudende dranken en het ontbreken van lichaamsbeweging. Hoewel meer riskante gewoonten bij het onderzoek betrokken kunnen worden, zoals verkeersgedrag, hebben we ons tot deze beperkt omdat in de literatuur over niet werkenden uitspraken hierover tegenstrijdig zijn.

Tot slot zijn we geïnteresseerd in participatie als operationalisatie van sociale integratie. Gegeven het beschikbare onderzoeksmateriaal hebben we dit in twee richtingen uitgewerkt, namelijk het aantal contacten met mensen in de directe sociale omgeving (familie, vrienden, kennissen, clubgenoten) én participatie in breder verband: het stemmen bij verkiezingen en lidmaatschap van enig kerkgenootschap.

- De duur van het niet werken

De term "duur van het niet werken" heeft in dit onderzoek twee betekenissen, namelijk een transversale en een longitudinale. Transversaal betreft de vergelijking van kortdurend en langdurend niet werken in 1983 op gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie.

Longitudinaal betreft de analyse in de tijd ('81-'83) waarbij we de invloed van de duur van het niet werken vaststellen op gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie.

De begrenzing tussen kort- en langdurend niet werken hebben we gelegd bij 2½ jaar. Deze begrenzing werd voornamelijk bepaald door drie overwegingen, waarbij de derde pragmatisch van aard is:

- voor 1 januari 1987 ontstond na 2½ jaar werkloosheid voor betrokkenen een belangrijke omslag, namelijk die waarop zij van de bijstand afhankelijk werden;
- 1½ tot 2½ jaar wordt in de literatuur als "gewenningsperiode" aangegeven na het optreden van een "life event" (Weeda, 1984);
- de populatie die op het moment van het onderzoek één jaar of korter zonder werk was, bleek zo gering in omvang dat uitspraken over de samenhang tussen duur niet werken en gezondheid hachelijk zouden worden, ook al zouden deze statistisch verantwoord blijken te zijn. In de internationale literatuur over het verloop van welbevinden na het werkloos worden zien we dat tegenstrijdige periodes genoemd worden voordat een dieptepunt in welbevinden optreedt. Niet zelden wordt drie maanden tot een half jaar genoemd in onderzoeken waarbij de onderzochten meestal niet langer dan een jaar gevolgd zijn (Warr, 1983).

4.4 Hypothesen

Bij elk te bespreken onderwerp, te weten: gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie hebben we hypothesen geformuleerd. Onze hypothesen vloeien gedeeltelijk voort uit de literatuur die in hoofdstuk 3 besproken is, en gedeeltelijk uit de literatuur die we hierna per onderwerp zullen bespreken.

Per onderwerp onderscheiden we drie sets van hypothesen of onderstellingen:

- set 1 betreft onderstellingen over verschillen en overeenkomsten tussen de diverse categorieën niet werkenden;
- set 2 omvat onderstellingen over verschillen en overeenkomsten tussen niet werkenden en werkenden;
- set 3 betreft onderstellingen over de samenhang van de duur van het niet werken met gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie.

De hypothesen worden getoetst op basis van transversale en longitudinale analyses. Transversale analyse betreft de onderlinge vergelijking van kort- en langdurig niet werkenden; de longitudinale analyse betreft de invloed van de duur van het niet werken.

4.4.1. Gezondheid

Gerapporteerde gezondheid

Bij arbeidsongeschikten is een slechte gezondheid de oorzaak van het niet werken. Daarom zullen zij in objectief en subjectief opzicht een slechtere gezondheid hebben dan werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden. Werklozen onderscheiden zich op hun beurt weer in subjectieve gezondheid van vervroegd gepensioneerden en werkenden, ten gevolge van het gemis aan arbeid en de daaraan, in hoofdstuk 3.3 vermelde, gekoppelde functies. Niettemin liggen de literatuurbevindingen in Nederland niet geheel in dezelfde lijn. Volgens Van der Zee (1982) hebben werklozen wél een hogere neurotische labiliteit dan werkenden, maar verschillen ze niet in het aantal lichamelijke klachten. Becker en Vink (1984) stellen dat werklozen hun eigen gezondheid iets ongunstiger beoordelen dan werkenden. Omdat naar wij verwachten bij de meeste vervroegd gepensioneerden het gemis aan betaalde arbeid afwezig is, mede omdat zij meestal vrijwillig met werken gestopt zijn, zal hun gezondheid ook op den duur niet afwijken van die van werkenden. Daarnaast mogen we, gelet op het vermelde in hoofdstuk 3, aannemen, dat zij zich op het moment van ontslag in gezondheid niet van werkenden onderscheiden.

We veronderstellen dat de duur van het niet werken bij arbeidsongeschikten een verslechtering in objectieve en subjectieve gezondheid met zich meebrengt. De verslechtering van de subjectieve gezondheid wordt mede in de hand gewerkt omdat voor hen "leven zonder werk" problematischer is dan leven met een handicap (Merens-Riedstra, 1981). Dit zal naar wij veronderstellen een negatieve weerslag hebben op hun toch al kwetsbare lichamelijke gezondheid.

Daarnaast speelt ook nog een selectie-effect mee. Naarmate de arbeidsongeschiktheid langer duurt, wordt de kans op reïntegratie in het

arbeidsproces geringer. Van de arbeidsongeschikten die het werk hervatten, doet 71% dit binnen twee jaar na intrede in de arbeidsongeschiktheidswet (Buys, 1984). Het lijkt ons aannemelijk dat dit het relatief meer gezonde deel betreft, daar de voornaamste redenen tot uittreding pensionering en overlijden zijn, zoals reeds in hoofdstuk 3 geconstateerd is. In ditzelfde hoofdstuk constateerden we ook een selectie-effect onder werklozen. We verwachten dan ook dat onder hen de duur van het niet werken samenhangt met een slechte objectieve en subjectieve gezondheid. De slechte objectieve gezondheid hangt voornamelijk samen met het selectie-effect, terwijl de slechte subjectieve gezondheid vooral een causaal gevolg is van het lang zonder werk zijn (Bartley, 1985; Kruidenier, Bakker, 1985; Warr, 1983; Verkley, Spruit, 1987).

Hypothesen gerapporteerde gezondheid

1 Niet werkenden onderling

- 1.1 Arbeidsongeschikten zijn intrinsiek ongezonder, dat wil zeggen dat zij een slechtere subjectieve en objectieve gezondheid hebben dan werklozen en vervroegd gepensioneerden.
- 1.2 Werklozen hebben een slechtere subjectieve gezondheid dan vervroegd gepensioneerden, maar komen in objectieve gezondheid met vervroegd gepensioneerden overeen.

2 Niet werkenden en werkenden

- 2.1 Arbeidsongeschikten hebben een slechtere subjectieve en objectieve gezondheid dan werkenden.
- 2.2 Werklozen hebben een slechtere subjectieve gezondheid dan werkenden, maar komen in objectieve gezondheid met werkenden overeen.
- 2.3 Vervroegd gepensioneerden komen in subjectieve en objectieve gezondheid overeen met werkenden.

3 De duur van het niet werken

- 3.1 Langdurig werklozen en arbeidsongeschikten hebben een slechtere subjectieve en objectieve gezondheid dan de kortdurig niet werkenden; deze relatie tussen duur van het niet werken en gezondheid doet zich niet voor bij vervroegd gepensioneerden.

- 3.2 De duur van het niet werken heeft een negatief effect op de subjectieve en objectieve gezondheid van arbeidsongeschikten.
- 3.3 De duur van het niet werken heeft een negatief effect op de subjectieve gezondheid van werklozen; zij heeft geen effect op de objectieve gezondheid.
- 3.4 De duur van het niet werken heeft bij vervroegd gepensioneerden geen negatief effect, noch op de subjectieve, noch op de objectieve gezondheid.

Relatie gerapporteerde en objectief vastgestelde gezondheid

Op grond van de in hoofdstuk 3.2 vermelde uitspraken van onderzoekers over de slechte gezondheid, hoge medische consumptie en ongunstige sterftecijfers van arbeidsongeschikten in vergelijking met werklozen mogen we veronderstellen dat de gerapporteerde gezondheid niet afwijkt van de gesignaleerde gezondheid. Gelet op de literatuur waarin gezondheidsrapportage betreffende het voorkomen van chronische aandoeningen door buurtbewoners vergeleken wordt met rapportage door huisartsen en wijkverpleegkundigen, mogen we hetzelfde veronderstellen (Van den Bos, Van der Maas, 1987). Bovendien vormt het oordeel over de eigen gezondheid een belangrijke voorspeller van mortaliteit, hetgeen ook een reden is om geen grote verschillen te verwachten tussen gerapporteerde en objectief vastgestelde gezondheid (Kaplan, Camacho, 1983).

Hypothese over relatie vastgestelde en gerapporteerde gezondheid

Zelfrapportage over gezondheid van niet werkende en werkende mannen komt overeen met rapportage door huisartsen aan de hand van medische dossiers.

4.4.2. Gezondheidsopvattingen

Belang gezondheid

De gezondheid van arbeidsongeschikten is slecht, naar wij veronderstelden. Daarom zullen zij gezondheid hoger waarderen dan werklozen en vervroegd gepensioneerden. De, veronderstelde, minder goede subjectieve en objectieve gezondheid van de langdurig werklozen en arbeidsongeschikten zal invloed hebben op de waardering van gezondheid (Halfens et al., 1988). Gezondheid wordt, naar wij veronderstellen, door arbeidsongeschikten en werklozen in de loop van de tijd hoger gewaardeerd omdat hun gezondheid achteruit gaat: bij arbeidsongeschikten geldt dit voor de subjectieve en objectieve gezondheid en bij werklozen alleen voor de subjectieve gezondheid. We leiden onze hypothesen mede af van de constatering dat mensen die zich zelf minder gezond of ongezond achten een meer expliciete opvatting over gezondheid hebben dan mensen die zichzelf gezond achten (Currer, Stacey, 1986). Ongezond zijn loopt ons inziens parallel met het centraal stellen van gezondheid en daarmee een groter belang toebedelen aan gezondheid.

Hypothesen belang van gezondheid

1 Niet werkenden onderling

- 1.1 Voor arbeidsongeschikten neemt gezondheid een hogere prioriteit in ten opzichte van andere waarden dan voor werklozen en vervroegd gepensioneerden.
- 1.2 Voor werklozen heeft gezondheid eenzelfde prioriteit ten opzichte van andere waarden als voor vervroegd gepensioneerden.

2 Niet werkenden en werkenden

- 2.1 Arbeidsongeschikten geven aan gezondheid een hogere prioriteit ten opzichte van andere waarden dan werkenden.
- 2.2 Werklozen en vervroegd gepensioneerden geven aan gezondheid dezelfde prioriteit ten opzichte van andere waarden dan werkenden.

3 De duur van het niet werken

- 3.1 Gezondheid heeft voor langdurig werklozen en arbeidsongeschikten

een hogere prioriteit ten opzichte van andere waarden dan voor kortdurig niet werkenden. Kort- en langdurig vervroegd gepensioneerden verschillen onderling niet in hun prioriteitenstelling van gezondheid.

3.2 De duur van het niet werken bevordert bij arbeidsongeschikten en werklozen dat gezondheid een hogere prioriteit krijgt ten opzichte van andere waarden.

3.3 De duur van het niet werken heeft bij vervroegd gepensioneerden geen invloed op de prioriteitenstelling van gezondheid ten opzichte van andere waarden.

Mate waarin men meent de eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden (interne beheersingsoriëntatie)

Arbeidsongeschikten hebben veelal een lang patiëntencarrière achter de rug, waardoor een sterke, door hulpverleners bevestigde, afhankelijkheid is ontstaan. Dit geldt mogelijk ook - zij het in mindere mate - voor langdurig werklozen. Dit brengt de opvatting met zich mee de eigen gezondheid minder te kunnen beïnvloeden (Halfens e.a., 1988).

Dit geldt logischerwijs niet voor werklozen als geheel en evenmin voor vervroegd gepensioneerden en werkenden. De opvatting de gezondheid niet zelf te kunnen beïnvloeden, wordt bij arbeidsongeschikten in de loop van de tijd versterkt, omdat, naar wij veronderstellen, chroniciteit als zodanig dit effect oproept; deze chroniciteit brengt een voortdurende consultatie mee van professionele hulpverleners.

Langdurige werkloosheid zal in de loop van de tijd vanwege de slechter wordende subjectieve gezondheid ertoe bijdragen dat onder werklozen eveneens de opvatting versterkt wordt niet hun eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden. De veronderstelde slechtere objectieve en subjectieve gezondheid van langdurig werklozen vergeleken met kortdurig werklozen brengt derhalve een lage interne oriëntatie met zich mee.

Hypothesen interne beheersingsoriëntatie inzake gezondheid

1 Niet werkenden onderling

1.1 Arbeidsongeschikten menen minder dan werklozen en vervroegd gepensioneerden hun eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden.

1.2 Werklozen komen wat betreft hun interne beheersingsoriëntatie inzake gezondheid overeen met vervroegd gepensioneerden.

2. Niet werkenden en werkenden.

2.1 Arbeidsongeschikten menen minder dan werkenden hun gezondheid te kunnen beïnvloeden.

2.2 Werklozen en vervroegd gepensioneerden verschillen niet van werkenden in opvatting over de mate waarin zij zelf hun gezondheid kunnen beïnvloeden.

3. De duur van het niet werken.

3.1 Langdurig werklozen en arbeidsongeschikten zijn in vergelijking met kortdurig niet werkenden minder van mening dat zij de eigen gezondheid kunnen beïnvloeden. Kort- en langdurig vervroegd gepensioneerden verschillen onderling niet.

3.2 De duur van het niet werken beïnvloedt de interne beheersingsoriëntatie van arbeidsongeschikten: hoe langer zonder betaalde arbeid, hoe minder men van mening is de eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden.

3.3 De duur van het niet werken heeft wel invloed op de interne beheersingsoriëntatie van werklozen en geen invloed op de interne beheersingsoriëntatie van vervroegd gepensioneerden.

Mate waarin de eigen gezondheid door artsen als machtige anderen beïnvloed wordt (externe beheersingsoriëntatie)

In het hiervoor vermelde onderzoek van Halfens komt naar voren dat mensen met een ziekte niet alleen een lagere interne beheersingsoriëntatie, maar ook een hogere externe beheersingsoriëntatie hebben dan gezonden (Halfens et al., 1988). Dit impliceert dat arbeidsongeschikten vergeleken met werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden een hogere externe oriëntatie hebben. Bovendien zal - gezien het verloop van de gezondheid - de externe oriëntatie van arbeidsongeschikten op den duur sterker worden. Onder werklozen verwachten we in de loop van de tijd geen hogere score. Eerder veronderstelden we reeds dat de duur van het niet werken wel invloed heeft op de interne be-

heersingsoriëntatie van werklozen en niet op hun externe beheersingsoriëntatie. Dit vloeit voort uit de eveneens eerdere onderstelling dat de subjectieve gezondheid van werklozen wel achteruit gaat maar de objectieve gezondheid niet, hetgeen niet noodzakelijk een hogere mate van medische afhankelijkheid met zich meebrengt. Niettemin zullen - transversaal bezien - langdurig werklozen vergeleken met kortdurig werklozen wel een hogere externe oriëntatie hebben omdat wij onder de langdurige deelcategorie een slechtere objectieve en subjectieve gezondheid veronderstelden.

Hypothesen externe beheersingsoriëntatie inzake gezondheid

1 Niet werkenden onderling

- 1.1 Arbeidsongeschikten menen meer dan werklozen en vervroegd gepensioneerden dat machtige anderen hun gezondheid kunnen beïnvloeden.
- 1.2 Werklozen komen in hun externe beheersingsoriëntatie overeen met vervroegd gepensioneerden.

2 Niet werkenden en werkenden

- 2.1 Arbeidsongeschikten menen meer dan werkenden dat machtige anderen hun gezondheid kunnen beïnvloeden.
- 2.2 Werklozen en vervroegd gepensioneerden verschillen niet in opvatting van werkenden over de mate waarin machtige anderen hun gezondheid kunnen beïnvloeden.

3 De duur van het niet werken

- 3.1 Langdurig werklozen en arbeidsongeschikten zijn in vergelijking met kortdurig niet werkenden méér van mening dat machtige anderen hun gezondheid kunnen beïnvloeden. Kort- en langdurig vervroegd gepensioneerden verschillen onderling niet.
- 3.2 De duur van het niet werken beïnvloedt de externe beheersingsoriëntatie van arbeidsongeschikten: hoe langer zonder betaalde arbeid, hoe meer zij van mening zijn dat machtige anderen hun gezondheid kunnen beïnvloeden.
- 3.3 De duur van het niet werken heeft geen invloed op de externe beheersingsoriëntatie van werklozen en vervroegd gepensioneerden.

N.B.: Over de kansoriëntatie hebben we geen hypothesen geformuleerd.

4.4.3 Riskante gewoonten

In de literatuur zijn weinig artikelen te vinden die handelen over de relatie tussen werkstatus en voor de gezondheid riskante gewoonten. Smart (1974) en Warr en Payne (1983) zijn enkele van de weinige auteurs die in hun artikelen op het gebruik van alcoholhoudende dranken en rookgewoonten ingaan. Smart wijdde een artikel aan het gebruik van alcoholhoudende dranken onder werkenden en niet werkenden. Evenals de twee andere genoemde auteurs (Warr en Payne, 1983) concludeerde Smart dat mensen na ontslag minder alcoholgebruik rapporteerden. Smart identificeerde wel respondenten die persoonlijke drankproblemen hadden vóór ontslag en bij wie het drankgebruik na ontslag intensiverde. Westcott rapporteerde in 1985 over een onderzoek in Groot-Brittannië van 1983. Uit een voorlopige analyse kwam naar voren dat verlies van betaalde arbeid het gebruik van alcoholhoudende dranken en het roken van sigaretten intensiverde. Warr en Payne signaleerden in vorenvermeld onderzoek een stijging van het aantal sigaretten dat door werklozen na ontslag gerookt werd, maar deze toename gold alleen voor ondervraagden uit de arbeidersklasse en niet voor die uit de middenklasse. Brenner wees in een van zijn macro-studies over de relatie tussen economische ontwikkelingen en gezondheid op de nadelige effecten van economische instabiliteit en recessie op het gebruik van sterk alcoholische dranken en het roken van sigaretten en daarmee op de gezondheid (Brenner, 1985). Voor Nederland stelden Becker en Vink (1984) vast dat arbeidsongeschikten en werklozen minder drinken dan werkenden. Knibbe (1984) constateerde verschillen in consumptie van alcoholhoudende dranken onder mannen naar gelang de werksituatie (werkzoekend, arbeidsongeschikt, gepensioneerd en werkend). Hij kwam tot de hypothese dat de structurering van het dagelijks leven van invloed is op het gebruik, zij het dat dit sterker geldt voor Rotterdam dan voor Limburg. In Limburg was er uitsluitend bij werkzoekende mannen sprake van een, vergeleken met werkende mannen, intensief drankgebruik. In Rotterdam gold dat ook voor arbeidsongeschikten én gepensioneerden. Knibbe constateerde voorts dat arbeidsongeschikten bijzonder risico's lopen wanneer zij in het proces geraken van gangbaar tot problematisch drankgebruik, vanwege het relatief hoge percentage arbeidsongeschikten dat dagelijks slaap- of kalmerende middelen

gebruikt. Wat rookgewoonten in Nederland betreft hebben we kunnen constateren dat mannen zonder beroep meer roken dan mannen met beroep (van Reek, 1984). Becker en Vink (1984) kwamen tot overeenkomstige aanwijzingen. Ook wat deze riskante gewoonten betreffen mogen derhalve samenhangen verondersteld worden met niet werken.

De derde variabele die we onder riskante gewoonte opgenomen hebben is het ontbreken van lichaamsbeweging. Uit sociografische studies uit zowel de dertiger, zeventiger als tachtiger jaren komt naar voren dat werkloosheid een samenhang vertoont met onverschilligheid, verveling, lusteloosheid, uitstelgedrag en loomheid (Fagin, Little, 1984; De Lange, Senhorst, 1985; Fryer, 1987). Het lijkt ons dan ook aannemelijk dat arbeidsongeschikten en werklozen minder dan werkenden tot regelmatige lichaamsbeweging komen. Dit geldt ons inziens niet voor VUT-ers omdat zij vrijwillig met werken gestopt zijn, mede omdat zij een (meer) zinvolle structuur in het dagelijks leven menen te kunnen brengen. Of dit ook geldt voor degenen die vanwege functioneel leeftijdsontslag vóór hun 65e jaar de loopbaan beëindigd hebben, is ons niet bekend; wij veronderstellen van wel, omdat zij jaren van te voren wisten dat zij op een bepaalde leeftijd (bijvoorbeeld 55) met pensioen zouden gaan.

Een niet onbelangrijke vraag is of er een relatie bestaat tussen gezondheid van niet werkenden en riskante gewoonten. Uitkomsten op dit terrein lijken niet met elkaar in overeenstemming. Knibbe stelde vast dat geheelonthouders van 40 jaar en ouder een slechtere gezondheid hebben dan niet geheelonthouders. Arbeidsongeschikten echter met een minder positief oordeel over de eigen gezondheid bleken zich niet duidelijk in drankgebruik te onderscheiden van die met een positiever oordeel. Omdat Knibbe wel een duidelijke samenhang constateerde tussen de structurering van het dagelijks leven, hetgeen primair geïndiceerd is in het verrichten van betaalde arbeid, en drankgebruik, zullen we onze hypothese toch vanuit dit gezichtspunt inhoud geven. Mede omdat hij vaststelde dat arbeidsongeschikten ten dele weinig en ten dele veel alcoholhoudende dranken gebruiken, gaan we ervan uit dat zij méér riskante gewoonten hebben dan werkenden en vervroegd gepensioneerden, maar minder dan werklozen.

Het lijkt ons aannemelijk dat arbeidsongeschikten op den duur meer riskante gewoonten vertonen, evenals werklozen, omdat het gemis van

arbeid op den duur zwaarder weegt dan de chronische aandoening (Meren-Riedstra, 1981).

Dit proces wordt bij arbeidsongeschikten mogelijk nog versterkt omdat zij, op den duur, van mening zijn dat zij minder hun eigen gezondheid kunnen beïnvloeden. Bij vervroegd gepensioneerden verwachten we geen verandering in de loop van de tijd omdat zij bij het besluit met werken te stoppen, al een zinvolle alternatieve structuur voor het dagelijks leven uitgestippeld hebben. Conform bovenstaande redenering verwachten we onder langdurig werklozen en arbeidsongeschikten meer riskante gewoonten dan onder kortdurig niet werkenden.

Hypothesen riskante gewoonten

1 Niet werkenden onderling

- 1.1 Arbeidsongeschikten vertonen minder riskante gewoonten dan werklozen, maar meer dan vervroegd gepensioneerden.
- 1.2 Werklozen hebben meer riskante gewoonten dan vervroegd gepensioneerden.

2 Niet werkenden en werkenden

- 2.1 Arbeidsongeschikten en werklozen hebben meer riskante gewoonten dan werkenden.
- 2.2 Vervroegd gepensioneerden komen in riskante gewoonten overeen met werkenden.

3 De duur van het niet werken

- 3.1 Langdurig werklozen en arbeidsongeschikten hebben in vergelijking met kortdurig niet werkenden meer riskante gewoonten. Lang- en kortdurig vervroegd gepensioneerden verschillen onderling niet.
- 3.2 De duur van het niet werken bevordert het ontwikkelen van riskante gewoonten van arbeidsongeschikten en werklozen.
- 3.3 De duur van het niet werken heeft geen effect op riskante gewoonten van vervroegd gepensioneerden.

4.4.4 Participatie

Verlies van betaalde arbeid brengt met zich mee dat de meeste contacten die men via het werk onderhield op den duur verbroken worden. Het zouden vooral deze contacten zijn die verantwoordelijk zijn voor het kleinere aantal contacten na het werkloos worden (Sprengers, Tazelaar, 1987). Werklozen blijken gemiddeld in lichte mate eenzamer dan werkenden. Deze eenzaamheid, die in ieder geval niet zou gelden voor 40% van de werklozen, wordt mede in de hand gewerkt door het geringe aantal contacten én de kwaliteit ervan (Spruit, Verkley, De Jong-Gierveld, Steverink, 1987).

Uit een ander onderzoek komt naar voren dat werklozen en arbeidsongeschikten weliswaar meer dan werkenden aan vrijwilligerswerk en hobby's doen, maar minder vaak lid zijn van verenigingen (Becker, Vink, 1984). Belangstelling voor de politiek lijkt onder niet werkenden kleiner dan onder werkenden, terwijl arbeidsongeschikten vergeleken met werklozen meer politieke belangstelling hebben (Becker, Vink, 1984). Specifieke vergelijkingen inzake participatie tussen niet werkenden onderling ontbreken. We nemen aan dat arbeidsongeschikten, vanwege de legitimatie van hun niet werkende status door de ziekte, meer sociale contacten hebben dan werklozen, maar minder dan werkenden. Dit zal mogelijk mede in de hand gewerkt worden door het bestaan van belangenverenigingen van en voor arbeidsongeschikten; dergelijke verenigingen bestaan voor zover wij weten niet voor werklozen.

Tevens onderstellen wij dat vervroegd gepensioneerden niet van werkenden verschillen, omdat zij, zoals eerder aangegeven, een alternatieve structuur voor het dagelijks leven voor ogen hebben, eveneens een gelegitimeerde status van niet werken hebben én omdat in hun leeftijdscategorie een groter deel van de mannen niet werkt. Daarmee is de kans op contacten met leeftijdsgenoten groter dan wanneer het merendeel zou werken. We nemen aan dat de duur van het niet werken bij werklozen en arbeidsongeschikten bijdraagt tot een kleiner netwerk en tot een kleiner aantal contacten. Dit kleiner aantal contacten wordt mede in de hand gewerkt doordat degenen met veel "lossere" contacten via verenigingen en clubs grotere kans zouden hebben betaalde arbeid te vinden (Sprengers, Tazelaar, 1987).

Hypothesen participatie

1 Niet werkenden onderling

- 1.1 Onder arbeidsongeschikten is in vergelijking met werklozen sprake van een grotere mate van participatie; in vergelijking met vervroegd gepensioneerden is sprake van mindere participatie.
- 1.2 Onder werklozen vinden we een lagere participatiegraad dan onder vervroegd gepensioneerden.

2 Niet werkenden en werkenden

- 2.1 Arbeidsongeschikten en werklozen vertonen een lagere participatiegraad dan werkenden.
- 2.2 Vervroegd gepensioneerden hebben eenzelfde participatiegraad als werkenden.

3 De duur van het niet werken

- 3.1 Onder langdurig werklozen en arbeidsongeschikten is, in vergelijking met kortdurig niet werkenden de participatiegraad lager. Kort- en langdurig vervroegd gepensioneerden verschillen niet van elkaar.
- 3.2 De duur van het niet werken bewerkstelligt een afnemende mate van participatie onder arbeidsongeschikten en werklozen.
- 3.3 De duur van het niet werken heeft geen invloed op de mate van participatie van vervroegd gepensioneerden.

4.5 Operationalisatie

4.5.1 Gezondheid

Omdat, zoals in paragraaf 4.3 aangegeven, gezondheid vastgesteld wordt onder een landelijke steekproef uit de bevolking (gerapporteerde objectieve en subjectieve gezondheid) en onder praktijkpopulaties (vastgestelde objectieve gezondheid) zullen we twee operationalisaties geven van de variabele gezondheid, namelijk één met betrekking tot de gerapporteerde en één met betrekking tot de vastgestelde gezondheid.

4.5.1.1 De landelijke steekproef

In de landelijke steekproef werden zes maten voor gezondheid opgenomen:

- 1 de aan- of afwezigheid van een chronische/langdurige aandoening, waarvoor men regelmatig onder controle is;
- 2 het aantal malen dat men gedurende het afgelopen jaar contacten heeft gehad met een behandelend arts;
- 3 de score op de VOEG-lijst (Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid). In 1981 is de verkorte versie, bestaande uit 21 vragen, gebruikt. In 1983 is een lange versie voorgelegd van 40 vragen (Van Reek et al., 1983; Joosten, Drop, 1987);
- 4 het aantal medicijnen dat men gedurende een maand op eigen initiatief genomen heeft;
- 5 beoordeling van de eigen gezondheid aan de hand van een vijfpuntschaal, variërend van zeer goed (5) tot zeer slecht (1);
- 6 zorgen maken over de eigen gezondheid eveneens aan de hand van een vijfpuntschaal, variërend van nooit (5) tot zeer vaak (1).

De vijfde maat houdt een algemene zelf-beoordeling in van de eigen gezondheid. De beoordeling van de eigen gezondheid kan beschouwd worden als een voorspeller van morbiditeit en mortaliteit (Kaplan, Camacho, 1984). Tezamen met de VOEG-score en het medicijngebruik verwijzen deze vragen vooral naar de beleving van de gezondheid. Om deze reden betitelen we deze als een cluster betreffende de gerapporteerde subjectieve gezondheid. De eerste twee maten hebben een meer objectief karakter, hetgeen we tot uitdrukking hebben laten komen in de term "gerapporteerde objectieve gezondheid".

4.5.1.2 Praktijkpopulatie onderzoek

In de huisartspraktijk hebben de artsen in 1987 per patiënt de volgende gegevens vastgelegd:

- 1 de probleemlijst; op deze lijst wordt een opsomming gegeven van vier typen problemen, namelijk medisch-lichamelijke en psychosociale problemen, alsmede problemen in de arts-patiënt relatie (bijvoorbeeld somatische fixatie) en overige problemen (bijvoorbeeld risicopatiënt, gebruik genotmiddelen);

2 het aantal contacten met de patiënt in 1986.

De door de huisarts relevant geachte problemen werden geclassificeerd aan de hand van het ICPC-systeem (International Classification of Primary Care), dat ontwikkeld is vanuit het RFE-systeem (Reason for Encounter) (Lamberts, Wood, 1987; Meijer et al., 1987).

In het kader van het ontwikkelen van een registratienetwerk voor huisartsen is de ICPC in de praktijk geïntroduceerd, mede ten behoeve van dit onderzoek. De opbouw van de ICPC geven we weer in de hiernavolgende figuur, die we in het kort bespreken.

Figuur 3 Opbouw van de ICPC.

CHAPTERS		A-General	B-Blood, blood forming	D-Digestive	F-Eye	H-Ear	K-Circulatory	L-Musculo-skeletal	N-Neurological	P-Psychological	R-Respiratory	S-Skin	T-Metabolic, Endocrine, Nutrit	U-Urinary	W-Pregnancy, Childbearing, Family Planning	X-Female genital	Y-Male genital	Z-Social
COMPONENTS	1. Symptoms and complaints																	
	2. Diagnostic, screening prevention																	
	3. Treatment, procedures, medication																	
	4. Test results																	
	5. Administrative																	
	6. Other																	
	7. Diagnoses, disease																	

Bron: Lamberts en Wood, 1987

De structuur van de ICPC berust op twee assen met als één as de 17 horizontaal afgedrukte hoofdstukken en als andere as de 7 verticaal afgedrukte componenten. Voor ons zijn alleen relevant de 17 hoofdstukken, met uitzondering van de hoofdstukken W en X omdat deze slechts relevant zijn bij vrouwen, en de componenten 1 (symptomen en klachten) en 7 (diagnosen en ziekten). Er is gekozen voor een alfanumerieke codering met drie symbolen. Het eerste symbool verwijst naar het hoofdstuk (bijvoorbeeld Skin = S). De twee volgende symbolen (bijvoorbeeld 29) verwijzen naar de component. De componenten zijn steeds op dezelfde wijze gerangschikt: de codes 1 t/m 29 voor klachten en symptomen, 30 t/m 69 voor de vijf verschillende componenten (2 t/m 6) die naar verrichtingen verwijzen en 70 t/m 99 voor de diagnosen (ontleend aan

Meyer et al, 1987)). In 1980 is de RFE-C in Nederlandse huisartspraktijken getest. Later is een internationale studie naar de praktische haalbaarheid gedaan in negen landen. De classificatie blijkt "goed hanteerbaar en adequaat" ook als de huisarts zelf tijdens het spreekuur codeert (Van der Horst et al., 1985). Niet alle huisartsen hebben in hun patiëntdossiers naast de gebruikelijke verslaglegging een aparte probleemlijst. De verslaglegging is een logboek van arts-patiënt contacten; de probleemlijst een daaruit geabstraheerde opsomming van (relevante) problemen die in de consultaties aan de orde zijn (geweest). Voor het praktijkpopulatie-onderzoek is een computerprogramma ontwikkeld ten behoeve van de ICPC probleemlijst (Dupuits et al, 1986, 1987). Om vast te stellen of een probleem een actief (A) of inactief (I) karkater heeft, is ten behoeve hiervan de mogelijkheid geboden de code A of I toe te voegen. In hoofdstuk 9 wordt de betekenis hiervan nader uitgelegd.

4.5.2 Gezondheidsopvattingen

4.5.2.1 Gezondheidsopvattingen: belang van gezondheid

Het belang van gezondheid wordt vastgesteld door aan de respondenten negen waarden voor te leggen en hen te vragen welke daarvan belangrijker, even belangrijk of minder belangrijk zijn dan gezondheid. Deze waarden zijn: gezin, vrijheid, vriendschap, huisvesting, werk, sociale zekerheid, geloof, sport en geld.

4.5.2.2 Gezondheidsopvattingen: mate waarin men de eigen gezondheid kan beïnvloeden.

Deze opvatting wordt gemeten met behulp van een serie vragen waarmee langs drie onafhankelijke dimensies kan worden vastgesteld in hoeverre men meent de gezondheid zelf te kunnen beïnvloeden (interne beheersingsoriëntatie), in hoeverre artsen als "machtige anderen" dit kunnen, en in hoeverre dit afhankelijk is van kans of toeval (Halfens, 1985). Onze hypothesen hebben alleen betrekking op de interne en de

externe beheersingsoriëntatie, omdat over de kansoriëntatie van niet werkenden voor zover wij weten geen literatuur beschikbaar is.

4.5.3 Riskante gewoonten

Als riskante gewoonten zijn drie specifieke gedragsaspecten in de analyse betrokken, namelijk het roken van sigaretten, gebruik van alcoholische dranken en gebrek aan lichaamsbeweging. Het gaat niet alleen om de vraag of, maar ook in welke mate hiervan sprake is. Daarnaast hebben we ook de vraag naar de beoordeling van de eigen leefwijze in ons onderzoek opgenomen, teneinde vast te stellen of riskante gewoonten samenhang vertonen met de beoordeling van de eigen leefwijze.

4.5.4 Participatie

Participatie wordt vastgesteld aan de hand van de volgende vijf aspecten:

- 1 contacten met vrienden/kennissen;
- 2 contacten met familie;
- 3 contacten met (ex-)collega's;
- 4 lidmaatschap van verenigingen of clubs. Wanneer men aangaf hiervan lid te zijn, werd vastgesteld hoeveel de tijdsbesteding in uren per week is;
- 5 stemgedrag bij de laatste landelijke verkiezingen. Gevraagd werd of men gestemd heeft (wel of niet);
- 6 lidmaatschap van kerkgenootschap, sekte of andere organisatie van levensbeschouwelijke grondslag (wel of geen lid).

4.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn we begonnen met een aantal overwegingen die richting geven aan het onderzoek. Deze overwegingen berusten mede op de resultaten van het literatuuroverzicht van hoofdstuk 3.

Vervolgens hebben we in paragraaf 4.3 de probleemstelling omschreven en de daarin gebruikte begrippen nader uitgewerkt.

De hypothesen zijn in paragraaf 4.4 vastgelegd. Alvorens de hypothesen weer te geven hebben we eerst op basis van geraadpleegde literatuur ter aanvulling op hoofdstuk 3 de relevante bevindingen beschreven. Tot slot komt in paragraaf 4.5 de operationalisatie aan de orde.

5. Methoden en Populaties

5.1 Inleiding

Het onderzoek omvat wat betreft de relatie tussen niet werken en gezondheid twee afzonderlijke delen, namelijk een panelonderzoek en een onderzoek in enkele huisartspraktijken. In dit hoofdstuk zullen beide onderzoeken afzonderlijk besproken worden.

In paragraaf 5.2 komen de onderzoeksmethoden aan de orde, in paragraaf 5.3 de populaties en in paragraaf 5.4 de gebruikte statistische methoden.

5.2 Methoden van onderzoek

5.2.1 Het panelonderzoek

De redenen om de probleemstelling te onderzoeken op basis van het Nederland Oké materiaal hebben we in het vorige hoofdstuk gegeven. In deze paragraaf zullen we de in betreffend onderzoek gevolgde methode in het kort verantwoorden.

In het kader van een actie ter bevordering van een gezonde leefwijze kreeg de Rijksuniversiteit Limburg van de Stichting Nederland Oké de opdracht een landelijk onderzoek te doen naar de gezondheid, gezondheidsopvattingen en leefwijze van de Nederlandse bevolking. Dit onderzoek is uitgevoerd in 1981. In augustus 1981 is hierover gerapporteerd (Adriaanse et al., 1981). In 1982 is besloten de onderzochte populatie als panel te vervolgen. Dit kreeg in 1983 zijn beslag. Het onderzoek van 1981 werd daarbij als eerste meting beschouwd, dat van 1983 als tweede. De survey van 1983 betrof een herhaalde meting bij dezelfde personen, en bevatte tevens dezelfde variabelen. De rapportage van het

tweede deel vond plaats in 1984 (Halfens et al., 1984). In het Nederland Oké onderzoek zijn vier populaties onderscheiden waaruit steekproeven werden getrokken: de algemene bevolking tussen 21 en 65 jaar (1), de niet werkenden in dezelfde leeftijdscategorie (2), onderwyzend personeel (3) en professionele gezondheidszorgwerkers, te weten praktiserende huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden (4).

De gegevens werden verzameld met behulp van een gestructureerde vragenlijst, die werd ontwikkeld door medewerkers van de universiteit. De interviews werden uitgevoerd door een extern onderzoeksbureau. Dit gebeurde door interviewers die daartoe een speciale training gekregen hadden. Alle respondenten zijn thuis bezocht. Ter compensatie van de te verwachten panel-uitval is aan de tweede meting in 1983 een nieuwe steekproef toegevoegd. In paragraaf 5.3 geven we een verantwoording hiervan.

De steekproeven zijn op getrapte en a-selecte wijze getrokken.

- Eerst werden de gemeenten getrokken. Daarbij werd uitgegaan van het aantal inwoners dat in een provincie verdeeld is naar urbanisatiegraad. De inwonertallen per gemeente berusten op een CBS telling (CBS, 1982).
- Vervolgens werden per gemeente evenveel postcodes getrokken als er gesprekken gerealiseerd moesten worden. Het verkregen aantal adressen werd vervolgens gedeeld door het aantal te ondervragen adressen, waardoor een trekkingsinterval voor de selectie van adressen ontstond. Elk n^{de} adres werd aldus geselecteerd uit het totaal der adressen.
- De derde stap betrof de selectie der personen volgens het principe der richtgetallen. Een te interviewen persoon moest in ieder geval voldoen aan de gestelde steekproefcriteria: tussen 21 en 65 jaar en 4 dagen of meer per week deel uitmaken van het huishouden. Deze procedure gold zowel voor de steekproef van de totale bevolking als voor de steekproef van niet werkenden.

Voor de steekproef niet werkenden golden bovendien nog enkele aanvullende criteria. Met behulp van de geselecteerde startadressen is de "random-walkmethode" toegepast. Dit houdt in dat de interviewer lopend vanuit het startadres, net zolang doorgaat met de eerste, tweede, enz.

deur eerst links en dan rechts te nemen, tot een bewoner gevonden wordt die voldoet aan één van de volgende criteria:

- 6 maanden of langer werkloos
- 3 maanden of langer ziek
- gepensioneerd vóór het 65^e levensjaar
- arbeidsongeschikt (WAO/AAW).

Bleek bij de bevolkingssteekproef iemand niet thuis zijn, dan werd maximaal twee keer een nieuw bezoek gebracht, zowel op een andere dag als op een ander tijdstip. Voor de steekproef niet werkenden is door middel van "oversampling" getracht het als doel gesteld netto aantal gesprekken te realiseren, omdat een grote non-response verwacht werd (Research & Marketing, 1981). In totaal dienden uit de eerste steekproef 200 respondenten en uit de tweede steekproef 250 respondenten geïnterviewd te worden.

De hoofdonderwerpen van het onderzoek waren: gezondheid, gezondheidsopvattingen en leefwijze (roken, gebruik alcoholische dranken, geneesmiddelen gebruik, lichaamsbeweging, voeding en veiligheid). De meeste vragen van 1981 werden in 1983 herhaald.

De in de volgende hoofdstukken beschreven resultaten berusten, met uitzondering van hoofdstuk 9, op analyse van het materiaal uit de hierboven genoemde panelstudie.

5.2.2 Het praktijkpopulatie-onderzoek

Dit onderzoek heeft betrekking op de praktijkpopulatie van vijf huisartsen, afkomstig uit één geacademiseerd gezondheidscentrum.

De totale populatie omvatte per 1 januari 1987 circa 10.000 patiënten; 60% ervan behoorde tot de ziekenfondspatiëntenpopulatie en 31% tot de particuliere patiëntenpopulatie. Half maart 1987 werd aan alle mannen tussen 21 en 64 jaar een brief gestuurd, ondertekend door de Rijksuniversiteit Limburg en de huisartsen van het centrum. In deze brief werd in algemene termen, dat wil zeggen zonder specifiek te verwijzen naar dit onderzoek, verzocht om een bijgevoegd enquêteformulier in te vullen en in de eveneens bijgevoegde portvrije enveloppe terug te sturen. Het enquêteformulier bestond uit een A- en een B-deel. Het

A-deel van het patiëntenformulier werd gebruikt om de patiëntenadministratie aan te vullen, het B-deel was bestemd voor wetenschappelijk onderzoek. De huisartsen én de RL, ondersteund door een registerreglement, garandeerden de anonimiteit. Daarenboven werd besloten dat, om te beginnen met het in kaart brengen van alle patiënten, een eerste ronde gemaakt zou worden onder de mannen van 21-65 jaar.

Na twee weken (inmiddels had 43% van de aangeschreven patiënten geantwoord) werd een herinneringsbrief verstuurd, hetgeen resulteerde in een extra respons van 21%. Van een tweede herinnering werd afgezien omdat de huisartsen vreesden dat deze teveel druk op de patiënten zou leggen.

De vragen hadden betrekking op de achtergrondvariabelen. Het A-deel omvatte: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en verzekeringsvorm; het B-deel: woonverband, sociaal-economische klasse op basis van (vroeger) beroep en opleiding.

Tevens werden in het B-deel vragen gesteld over de werksituatie, op het moment van het invullen van het formulier (1987), alsmede de werksituatie in 1985 en 1986. Wat betreft werksituatie werd ook verwezen naar verschillende vormen van niet werken: studerend, militaire dienst, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, vervroegde uittreding, functioneel leeftijdsontslag en pensioen. Daarnaast werd gevraagd of in 1985, 1986, dan wel in 1987 het gevaar bestond de baan te verliezen in verband met collectief ontslag en/of reorganisatie.

Alle patiëntengegevens zijn door de praktijkassistentes op een nieuw ontwikkeld Huisarts Informatie en Onderzoekssysteem (HIOS) ingevoerd, nadat de formulieren gescreend waren op volledigheid, duidelijkheid en consistentie. Het HIOS staat beschreven in artikelen van Dupuits et al (1986, 1987). Een gedeelte van de formulieren is pas ingevoerd nadat de arts of assistente over de ontbrekende of onduidelijke gegevens met de betreffende patiënt telefonisch contact opgenomen had. In sommige gevallen kon de arts zelf de aanvullende gegevens leveren.

Bij de start van het onderzoek werd verwacht, op basis van het geschatte percentage werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden in Noord Limburg, dat er circa 400 mannelijke niet werkenden in de praktijk aanwezig zouden zijn. Van de gevonden niet werkenden én werkenden hebben de huisartsen probleemlijsten gemaakt, overeenkomstig de opzet van de probleemgeoriënteerde verslaglegging (zie

hoofdstuk 4). Deze lijsten werden door de betreffende huisartsen samengesteld, zonder dat zij op basis van dit onderzoek geïnformeerd waren over wie wel en wie niet werkten. Hiermee wilden we een eventuele vooringenomenheid bij het opstellen van de lijsten voorkomen. Uiteraard waren een aantal patiënten bij hen bekend als niet werkend, maar men kon aan de hand van de groene NHG patiëntenkaart geen verantwoord systematisch overzicht maken. Het al dan niet verrichten van betaalde arbeid werd blijkbaar niet beschouwd als een relevant achtergrondgegeven voor de hulpverlening en praktijkvoering.

Afgesproken werd om aan de hand van de groene NHG-patiëntenkaarten zoveel mogelijk in de tijd terug te gaan, en per gesignaleerd probleem aan te geven in hoeverre dit op het moment van het opmaken van de probleemlijst een actief of inactief karakter had.

Een probleem heeft een actief karakter wanneer dit naar het oordeel van de huisarts een min of meer gezondheidsbedreigend risico inhoudt, dan wel voor de patiënt dusdanige hinder oplevert in het dagelijks leven dat het probleem voortdurend aandacht van de huisarts behoeft. De formele omschrijving van een "probleem" luidt: datgene waarvoor door werkers in de gezondheidszorg nadere aandacht, onderzoek of handelen nodig is, omdat het lichamelijk of geestelijk welzijn van de patiënt verminderd kan worden of reeds verminderd is (Sandlow 1978; geciteerd in: Metsemakers en Plagge, 1987). Sandlow heeft een grove indeling naar typen problemen gemaakt, overeenkomstig het vermelde in paragraaf 4.5.1.2. Een probleem is actief in de operationele betekenis wanneer het langdurig onder de aandacht van de huisarts of de patiënt staat, hetgeen blijkt uit:

- speciaal dieet, medicatie of specifieke therapie
- (verder) onderzoek waarmee arts/patiënt nog bezig blijft
- progressief verloop ervan
- regelmatige controle ervan door de huisarts.

Een probleem wordt geacht inactief te zijn op het moment dat de huisarts constateert dat het, al dan niet voorlopig, opgelost is (bijvoorbeeld relatieproblemen, hypertensie) dan wel geen speciale aandacht meer behoeft (geslaagde hartoperatie, operatieve verwijdering van aambeien). Om te voorkomen dat het geheel aan de aandacht ontsnapt blijft het op de probleemlijst staan met de aantekening "inactief", aangevuld met de datum waarop dit geconstateerd is.

Omdat de opvattingen van de huisartsen over de vraag wanneer er sprake is van een (actief) probleem, onderling kunnen verschillen, hebben wij binnen de populatie van elke huisarts afzonderlijk niet werkenden met werkenden gemacht, op basis van eerdergenoemde achtergrondkenmerken. Als de arts niet wist of op de peildatum een eerder gesignaleerd probleem een actief dan wel een inactief karakter had, werd hij/zij geacht een vraagteken te plaatsen.

Aanvankelijk hebben de huisartsen de problemen genoteerd op de groene kaart. Daarna heeft dezelfde arts de problemen ingevuld op een formulier dat voor computerinvoer geschikt was (Dupuits et al., 1987). Later hebben de huisartsen alle problemen rechtstreeks ingevoerd. Zij hebben elk probleem een ICPC-code (International Classification of Primary Care) gegeven. Met een speciaal daartoe ontwikkeld programma werd bevorderd dat de toedeling van de code op betrouwbare wijze gebeurde. Voor een verantwoording van de betrouwbaarheid van het RFE-deel van de ICPC-lijst en een beschrijving van de ICPC verwijzen we respectievelijk naar Van der Horst et al. (1985) én Lamberts (1987) en Meyer et al. (1987).

Naast de probleemlijst is van alle patiënten die de enquête beantwoordden het aantal contacten met de huisarts over 1986 en (een gedeelte van) 1987 vastgelegd. Daartoe werd een code van de ICPC gereserveerd, die voor de probleemlijst niet van toepassing was. Over de betrouwbaarheid van het aantal vastgelegde contacten kunnen we alleen vermelden dat de huisartsen ons verzekerd hebben dat alle contacten vastgelegd zijn en worden.

De resultaten van dit praktijkonderzoek komen in hoofdstuk 9 aan de orde.

5.3 De populaties

In de eerste deelparagraaf bespreken we in het kort de steekproeven uit de Nederlandse bevolking van 1981 en 1983 en de steekproeven uit de niet werkende bevolking. In de tweede deelparagraaf bespreken we de praktijkpopulatie.

5.3.1 Het panelonderzoek

5.3.1.1 Totale bevolking

In 1981 zijn 1278 respondenten (response: 73%) uit de getrokken steekproef geïnterviewd; in 1983 1193 respondenten. Conform de opdracht een panelonderzoek uit te voeren, zijn in 1983 de 1278 respondenten uit 1981 opnieuw benaderd. Om een veelvoud van redenen (in volgorde van belangrijkheid voornamelijk "weigering" en "niet thuis") heeft 31% niet aan het tweede interview deelgenomen, hetgeen inhoudt dat 69% van de respondenten uit 1981 twee achtereenvolgende malen aan het onderzoek meegewerkt heeft. De aanvullende populatie in 1983 omvatte 311 respondenten (response 58%), waarmee de steekproef uit 1983 op 1193 respondenten kwam (Adriaanse et al., 1981; Halfens et al., 1981; Halfens, 1985).

De representativiteit van de steekproef uit 1981 is ten aanzien van een aantal kenmerken gecontroleerd door middel van vergelijking met een normpopulatie van het Nationaal Onderzoek Persmedia (NOP), waarin alle personen van 21-64 jaar, levend in huishoudingen opgenomen zijn. Ten aanzien van provincie, urbanisatiegraad, opleiding en sociale klasse zijn er geen opvallende verschillen tussen de steekproef Nederland Oké (n=1278) en genoemde normpopulatie (n=75.247). Voor verdere verantwoording hieromtrent verwijzen we naar Halfens et al. (1984) en Halfens (1985).

5.3.1.2 Niet werkenden

In 1981 zijn met 247 niet werkenden (mannen en vrouwen) geslaagde interviews gehouden (response: 76%); in 1983 betrof het 253 respondenten. Deze cijfers waren conform de opdracht aan het onderzoeksbureau, namelijk in beide fasen respectievelijk 200 en 250 interviews te houden. Van de 247 in 1981 geïnterviewden zijn 153 respondenten in 1983 voor een tweede keer ondervraagd. Van de 94 uitvallers weigerden er 48 (51%); de overige 46 (49%) bleken om uiteenlopende redenen niet geïnterviewd te kunnen worden. Voor de meesten van hen (28) bleek de reden ziekte of overlijden; voor de overigen gold dat zij niet bereik-

baar waren vanwege verhuizing, foutief adres etc. Respondenten die in 1983 weer aan het werk waren, zijn niet van het onderzoek uitgesloten. Er was een relatief groot aantal uitvallers wegens ziekte of overl[den (28 van 247) in vergelijking met het aantal in de totale bevolkingssteekproef (22 van 1278).

We vervolgen nu met een nadere beschrijving van de populatie niet werkenden en letten daarbij op de oorzaak van het niet werken én op de achtergrondvariabelen.

We beperken ons nu tot mannen. De steekproef van 247 niet werkenden bestond voor 90% uit mannen. Daarmee wijkt deze wat betreft de samenstelling naar geslacht aanzienlijk af van de algemene bevolking.

In de literatuur zijn alleen gegevens beschikbaar over werklozen en arbeidsongeschikten: de verhouding werkloze mannen en vrouwen in 1981 was 3:1, de verhouding onder de arbeidsongeschikten 2,5:1. In 1983 bleef voor de werklozen de verhouding ongeveer gelijk, terwijl die van de arbeidsongeschikten in de richting van 3:1 verschoof. Een sluitende verklaring voor de ondervertegenwoordiging van vrouwen kunnen we niet geven. We nemen aan dat vrouwen minder geneigd waren hun identiteit van 'geen betaalde arbeid verrichtend' kenbaar te maken, wellicht omdat het niet betaald werken in hun leven een minder centrale plaats inneemt dan bij mannen. Dit laatste lijkt aannemelijk gezien het feit dat vrouwen, vergeleken met mannen, meer tijd (moeten) besteden aan andere rollen: huisvrouw, moeder en echtgenote. Zoals in hoofdstuk 4 al vermeld ontnemt het nagenoeg ontbreken van vrouwen ons de mogelijkheid nader onderzoek te verrichten naar de effecten van niet werken onder vrouwen. Dit valt te betreuren, omdat wetenschappelijk verantwoorde informatie over vrouwen die ongewild geen betaalde arbeid kunnen verrichten, nagenoeg ontbreekt. In 1983 lag het aantal niet werkende vrouwen iets hoger dan in 1981, namelijk 13%.

Om de categorie mannelijke niet werkenden zo groot mogelijk te maken, althans groter dan het aantal van 222 (90% van 247) hebben we de niet werkende mannen uit de bevolkingssteekproef toegevoegd aan onze steekproef niet werkenden. Eén categorie niet werkende mannen hebben we buiten de populatie gelaten, namelijk degenen die rapporteerden arbeidsongeschikt te zijn omdat ze op het moment van het interview drie maanden of langer ziek thuis waren, doch (nog) geen WAO/AAW uitkering

of ABP-invaliditeitspensioen genoten. Gelet op onze vraagstelling leek het ons niet juist deze categorie als arbeidsongeschikt op te nemen, temeer omdat van degenen die drie maanden in de ziektewet lopen twee derde (nog) niet in de WAO/AAW terecht komt (Groothoff 1981, Luyckx 1982, Kruidenier 1982: in Buys, 1984).

De "steekproeven" niet werkende mannen zien er voor 1981 en 1983 afzonderlijk en voor het panel 1981/1983, als volgt uit (tabel 5.1):

Tabel 5.1 Aantallen niet werkende mannen voor 1981 en 1983 afzonderlijk en voor het panel 1981/1983, gedifferentieerd naar oorzaak van het niet werken.

	1981	1983	1981/1983 (2x geïnterviewd)
Werklozen	49	89	21
Arbeidsongeschikten	179	155	97
Vervroegd gepensioneerd	46	49	27
Totaal	274	293	145

In dit onderzoek zijn arbeidsongeschikten enigszins over- en werklozen enigszins ondervertegenwoordigd. Arbeidsongeschikten zijn sterker vertegenwoordigd omdat zij vergeleken met werklozen vaker thuis (bereikbaar) zijn; mogelijk vloeit dit voort uit hun hogere leeftijd, hun gezondheidstoestand en het relatief hoge aantal gehuwden. Daarenboven waren jongeren (15-19 jaar) van het onderzoek uitgesloten.

Hoewel over vervroegd gepensioneerd geen precieze landelijke cijfers bekend zijn, mogen we veronderstellen dat ze in onze steekproef verhoudingsgewijs royaal vertegenwoordigd zijn. Deze veronderstelling berust op de in hoofdstuk 2 vermelde cijfers inzake de categorieën. Het aantal arbeidsongeschikte en werkloze mannen is circa vijf keer zo hoog als het aantal vervroegd gepensioneerde mannen. In onze steekproeven zijn er verhoudingsgewijs aanzienlijk meer vervroegd gepensioneerd. Het is niet bekend welk gedeelte van de vervroegd gepensioneerd gebruik gemaakt heeft van een vervroegde uittredingsregeling en welk gedeelte om andere redenen vóór de 65-jarige leeftijd gepensioneerd is.

Van de twee keer geïnterviewden is het aantal arbeidsongeschikten het

grootst, gevolgd door respectievelijk vervroegd gepensioneerden en werklozen. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat arbeidsongeschikt en vervroegd gepensioneerd zijn een duurzamer karakter heeft dan werkloos zijn, vanwege de beschikbaarheid van de laatste categorie voor de arbeidsmarkt.

Tabel 5.2 geeft een overzicht van de mutaties in het aantal respondenten tussen 1981 en 1983. Uit de oorspronkelijke populatie (274) is er een uitval van bijna de helft: 129, waarvan 25 vanwege het vinden van werk en 104 om andere redenen. Het percentage hervatters is het hoogst onder de werklozen (12 van de 49: 24%); van de arbeidsongeschikten heeft 6% (11 van de 179), en van de vervroegd gepensioneerden 4% (2 van de 46) weer werk gevonden. De werkhervatters zijn wél geïnterviewd, maar toegevoegd aan de algemene bevolkingssteekproef en verwijderd uit die van de niet werkenden.

Tabel 5.2 Overzicht mutaties niet werkende populatie 1981 → 1983.

	werklozen	arbeidsongeschikten	vervroegd gepensioneerden	totaal
<u>Populatie 1981</u>	49	179	46	274
uitval na '81:				
- werk gevonden	-12	-11	-2	-25
- andere redenen	-16	-71	-17	-104
<u>Populatie 81-83</u>	21	97	27	145
toestroom vóór '83:				
- werk verloren	+11	+18	+14	+43
- nieuwe populatie	+57	+40	+8	+105
<u>Populatie 1983</u>	89	155	49	293

Na 1981 zijn 43 mensen, die in 1981 werkten, tot de categorie niet werkenden toegetrokken (11 via de WW, 18 via de WAO/AAW en 14 via vervroegde pensionering). Tevens zien we dat 105 mannen als niet werkenden voor het eerst in de steekproef niet werkenden of in de bevolkingssteekproef opgenomen zijn.

"Andere redenen" voor uitval zijn onder meer ziekte en overlijden.

Tabel 5.3 Percentage uitval tussen 1981 en 1983 van geïnterviewde populatie wegens ziekte en overlijden.

	werklozen		arbeidsongeschikten		vervroegd gepensioneerden	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
populatie 1981	49		179		46	
uitval wegens						
- ziekte	-		9	5,1	5	10,8
- overlijden	1	2	15	8,3	3	6,5
Totaal		2		13,4		17,3

Vanwege overlijden is de uitval het grootst onder arbeidsongeschikten en het kleinst onder werklozen; vervroegd gepensioneerden nemen een tussenpositie in die dichter bij arbeidsongeschikten dan bij werklozen ligt. Uitval wegens ziekte is het grootst onder vervroegd gepensioneerden. Het totaal aantal uitvallers (33) correspondeert niet met het eerder vermelde aantal van 28 omdat in onze populatie ook niet werkenden opgenomen zijn die uit de totale bevolkingssteekproef afkomstig zijn. We dienen hierbij op te merken dat vervroegd gepensioneerden de oudste en werklozen de jongste categorie vormen, zoals we in tabel 5.4 zullen zien. Dit impliceert dat ook in geval van correctie op leeftijd het aantal uitvallers onder de arbeidsongeschikten het hoogst blijft. De "overige" andere redenen zijn onbereikbaarheid en weigering.

Tabel 5.4 Vergelijking verdeling werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 1981 en 1983 naar leeftijd (%).

N:	WW		WAO		VUT	
	1981	1983	1981	1983	1981	1983
	49	89	179	155	46	49
21-24	6	12	-	1		
25-34	52	34	3	4		
35-44	20	29	12	11		
45-54	10	16	24	24		
55-64	12	9	61	60	100	100
totaal		100%		100%		100%

De leeftijdsverdeling (tabel 5.4) blijkt duidelijk te verschillen: werklozen zijn het jongst (modale klasse 25-34), vervroegd gepensioneerden het oudst, terwijl arbeidsongeschikten een middenpositie innemen, dichterbij de VUT-ers dan bij de werklozen.

In tabel 5.5 geven we een overzicht van de burgerlijke staat.

Tabel 5.5 Vergelijking verdeling werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 1981 en 1983 naar burgerlijke staat (%).

N:	WW		WAO		VUT	
	1981	1983	1981	1983	1981	1983
	49	89	179	155	46	49
gehuwd	74	58	91	83	83	92
samenwonend	2	6	2	5	2	2
ongehuwd(ngg*)	20	27	2	4	4	-
gescheiden	4	6	4	4	2	2
weduwnaar	-	1	2	5	9	4
onbekend	-	2	-	-	-	-
totaal	100%		100%		100%	

* ngg = niet gehuwd geweest

Werklozen onderscheiden zich door een hoog percentage dat "nooit gehuwd geweest" is, hetgeen naar wij mogen aannemen samenhangt met het grote aantal jongeren binnen deze groep.

De verdeling naar sociaal-economische klasse, berustend op opleiding en laatste beroep, is weergegeven in tabel 5.6.

Tabel 5.6 Vergelijking werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 1981 en 1983 naar sociaal-economische klasse (%).

N:	WW		WAO		VUT	
	1981	1983	1981	1983	1981	1983
	49	89	179	155	46	49
hoog	6	8	8	14	31	39
midden	14	16	13	19	26	14
laag	80	76	79	66	41	47
onbekend	1	-	-	1	2	-
totaal	100%		100%		100%	

Vervroegd gepensioneerden blijken zich wat betreft sociaal-economische klasse duidelijk te onderscheiden van de overige twee categorieën: een relatief hoog percentage behoort tot de hoge en middenklasse. Bij de arbeidsongeschikten valt het verschil tussen 1981 en 1983 op: in 1983 is het percentage in de hogere klassen hoger dan in 1981. Bij de werklozen zien we met betrekking tot de sociaal-economische klasse geen verschuiving. Tot slot wijzen we erop dat in 1983 werklozen voor het merendeel (74%) korte tijd zonder werk zijn, arbeidsongeschikten daarentegen zijn voor het merendeel (76%) 2,5 jaar of langer zonder werk. Van de vervroegd gepensioneerden heeft 60% sedert korte tijd en 40% sedert lange tijd het arbeidsleven verlaten. In 1981 is de duur van het niet werken onbekend, omdat deze variabele niet opgenomen werd.

In bijlage I hebben we de verdelingen van de drie categorieën weergegeven naar landsdeel en urbanisatiegraad voor 1981 en 1983.

We wijzen erop dat de verdeling van het panel over de achtergrondkenmerken niet belangrijk afwijkt van de steekproef van 1981 en 1983 afzonderlijk. Gegevens over het panel staan vermeld in bijlage II.

5.3.2 De praktijkpopulatie

5.3.2.1 De totale praktijkpopulatie

In de volgende tabel geven we de leeftijdsverdeling van de gemeenschappelijke praktijkpopulatie van de vijf huisartsen.

Tabel 5.7 Leeftijdsverdeling van de praktijkpopulatie, gedifferentieerd naar mannen en vrouwen (%).

Leeftijd	Mannen N=4852	Vrouwen N=5074	Totaal N=9926
0 - 20	27	23	25
21 - 64	63	61	62
≥ 65	10	16	13
	100%	100%	100%

Uit tabel 5.7 blijkt dat van de totale populatie 25% jonger is dan 21 jaar en 13% 65 jaar en ouder; voor de mannen is dit respectievelijk 27% en 10%. Dit betekent dat 63% van de mannen in de voor ons relevante leeftijd van 21 tot 65 jaar valt. Buitenlanders en instellingsbewoners die daarbij inbegrepen zijn, kunnen in dit overzicht niet onderscheiden worden omdat niet altijd bekend is welke personen daartoe behoren.

5.3.2.2 De onderzoekspopulatie

In deze paragraaf bespreken we hoe de onderzoekspopulatie tot stand gekomen is en hoe de onderzoekspopulatie er uitziet.

. Beschrijving onderzoekspopulatie naar werken/niet werken

De doelgroep bestaat uit mannen van 21 tot 65 jaar, met de Nederlandse nationaliteit en niet wonend in instellingen. Gegeven deze omschrijving behoorden 2158 patiënten tot de onderzoekspopulatie. Van hen hebben 1423 personen het formulier ingevuld, van wie 15 zich beperkten tot naam en adres, daarbij aantekendend niet te willen meewerken. De response bedraagt derhalve 65,3%. Voor een uitvoerige verantwoording verwijzen we naar bijlage III.

We vervolgen nu met de tabellen 5.8 en 5.9, die beide gedestilleerd zijn uit de basistabel die onder bijlage IV vermeld staat. In deze basistabel wordt duidelijk hoe beide tabellen in elkaar grijpen. Uit tabel 5.8 blijkt dat 74% van de onderzoekspopulatie uit de huisartspraktijken betaald werk verricht, voor het merendeel in een volledige baan. Circa één vijfde verricht geen betaalde arbeid, maar heeft eerder wel gewerkt. De categorie die een opleiding volgt omvat 3% van het totaal. Het aantal mannen dat het huishouden verzorgt, dan wel in militaire dienst vertoeft, is minder dan 1%.

Tabel 5.8 Verdeling van de mannelijke praktijkpopulatie van 21-64 jaar naar gerapporteerde voornaamste dagelijkse bezigheden (N=1408).

	N	%
- volledige baan	958	70
- deeltijd baan	58	4
- geen werk, maar voorheen betaald werk verricht	295	21
- geen werk, volgt opleiding	38	3
- huisman	4	
- militaire dienst	7	
- anders	32	2
totaal	1392	100
niet ingevuld	16	

In de volgende tabel geven we een overzicht van de verdeling naar onderscheiden loon(dervings)voorzieningen waaronder de onderzoekspopulatie valt.

Tabel 5.9 Verdeling van de mannelijke praktijkpopulatie van 21-64 jaar naar gerapporteerde loon(dervings)voorzieningen waaronder een deel van de populatie valt (N=1408).

	N	%
- (gedeeltelijk) werkloos	83	6
- volledig arbeidsongeschikt	184	13
- gedeeltelijk arbeidsongeschikt	35	3
- gedeeltelijk werkloos/ gedeeltelijk arbeidsongeschikt	5	
- vervroegde uittredingsregeling	42	3
- functioneel leeftijdsontslag	4	
- pensioen	2	
- anders	1035	75
totaal	1390	100
niet ingevuld	18	

In tabel 5.9 valt op dat de categorieën volledig en gedeeltelijk arbeidsongeschikten aanzienlijk groter zijn dan de categorie (gedeeltelijk) werklozen (16 versus 6%). De categorie gedeeltelijk werkloos / gedeeltelijk arbeidsongeschikt is zeer klein (5). De in omvang grootste categorie "anders", bestaat voornamelijk uit werkenden. De 42 respondenten die onder een vervroegde uittredingsregeling vallen, omvatten 3% van het totaal. Wellicht ten overvloede wijzen we erop dat in afwijking van ons landelijke onderzoek, alle vervroegd gepensioneerden VUT-ers zijn.

De volgende tabel (5.10) geeft een overzicht van de definitieve onderzoekspopulatie. Het betreft, uiteraard, alleen de niet werkende werklozen, arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden.

Tabel 5.10 Definitieve onderzoekspopulatie niet werkende mannen uit de praktijkpopulatie.

	N	%
werklozen	63	24
arbeidsongeschikten	170	64
vervroegd gepensioneerden	32	12
totaal	265	100

Teneinde tot verantwoorde uitspraken te komen over het eventuele verschil in gezondheid tussen werkenden en niet werkenden, hebben we precisie-matching toegepast, waarbij we paren niet werkenden en werkenden gevormd hebben op basis van leeftijd, sociaal-economische klasse en burgerlijke staat. De vergelijkingsgroep werkenden is gerecruteerd uit de 923 respondenten die een volledige baan hebben. Bij elke niet werkende hebben we een werkende gezocht die in dezelfde leeftijdsklasse zit (maximaal verschil 5 jaar), die tot dezelfde sociaal-economische klasse behoort (respectievelijk: ongeschoolde en geschoolde arbeiders, employées, zelfstandige, hogere en hoge beroepen) en dezelfde burgerlijke staat heeft (respectievelijk: gehuwd of samenwonend, ongehuwd, weduwnaar, gescheiden). Binnen de groep respondenten met betaald werk was niet voor elke niet werkende een "partner" aanwezig.

Tabel 5.11 geeft een overzicht van de aantallen gematchte niet werkenden.

Tabel 5.11 Aantal gematchte niet werkenden per categorie.

	totaal aantal niet werkenden	percentage gematchten	N
werklozen	63	68	43
arbeidsongeschikten	170	53	90
vervroegd gepensioneerden	32	75	24
totaal	265	59	157

De proportie gematchte niet werkenden varieert per categorie; van de arbeidsongeschikten is in verhouding tot de andere categorieën niet werkenden het laagste percentage gematcht. Dit hangt samen met het feit dat er weinig oudere mannen zijn binnen de lagere sociaal economische klassen die nog betaalde arbeid verrichten.

. Beschrijving onderzoekspopulatie naar achtergrondkenmerken

In tabel 5.12 worden de werkenden en de (gematchte) niet werkenden naar leeftijd beschreven.

Tabel 5.12 Onderlinge vergelijking van werkende en totale en gematchte niet werkende mannen naar leeftijd (%).

N	werkend	werkloos		arbeids- ongeschikt		vervroegd gepensioneerd	
		totaal	gematcht	totaal	gematcht	totaal	gematcht
	923	63	43	170	90	32	24
21-25	11	17	21				
26-35	35	32	23	5	6		
36-45	28	30	32	10	10		
46-55	20	16	19	31	43		
56-64	6	5	5	54	41	100	100
totaal				100 %			

Op grond van deze gegevens kunnen we vaststellen dat de leeftijdsverdeling van gematchte werklozen en arbeidsongeschikten in aanzienlijke mate overeenkomt met de niet gematchten.

In de volgende tabel geven we de vergelijking naar burgerlijke staat.

Tabel 5.13 Vergelijking van werkende en niet werkende mannen naar burgerlijke staat (%).

N	werkend	werkloos		arbeids- ongeschikt		vervroegd gepensioneerd	
		totaal	gematcht	totaal	gematcht	totaal	gematcht
	915	63	43	168	90	32	24
gehuwd	73	43	58	81	94	94	100
samenwonend	6	6	7	1			
ongehuwd	19	33	33	6	5		
weduwnaar	-	2		2		3	
gescheiden	2	16	2	10	1	3	
totaal				100 %			

De gematchte categorieën niet werkenden wijken niet opvallend af van de totale categorieën. Onder de gematchten constateren we bij de werklozen en arbeidsongeschikten een oververtegenwoordiging van gehuwden en een ondervertegenwoordiging van gescheidenen. Bij de vervroegd gepensioneerden is de discrepantie tussen gematchten en niet gematchten kleiner.

De laatste tabel betreft de sociaal-economische klasse, in termen van de ITS-code (Deze is toebedeeld op basis van het - laatste - beroep en/of opleiding).

Tabel 5.14 Onderlinge vergelijking van werkende en niet werkende mannen naar sociaal-economische klasse (%).

N	werkend			werkloos		arbeids- ongeschikt		vervroegd gepensioneerd	
	774	totaal gematcht		totaal gematcht		totaal gematcht		totaal gematcht	
		63	43	70	90	32	24		
- ongesch. arbeiders	9	13	11	13	8	6			
- geschoolde arbeiders	23	35	32	40	42	18	20		
- employés	30	30	37	26	30	27	24		
- zelfst.	5	4	2	7	4	3			
- hogere beroepen	22	11	11	12	13	33	44		
- hoge beroepen	11	7	7	2	3	12	12		
totaal				100 %					

De verdeling van de totale categorie en de gematchte niet werkenden over de sociaal-economische klassen komen vrijwel overeen. Bij de vervroegd gepensioneerden stellen we een lichte ondervertegenwoordiging van het laagste stratum en een oververtegenwoordiging van de "hogere beroepen" vast.

5.4 Toetsing van verschillen

In dit onderzoek staat het onderling vergelijken van categorieën niet werkenden en werkenden centraal. Afhankelijk van de aard van de vergelijking, het meetniveau van de onderzoeksgegevens en het type uitspraken dat ons voor ogen staat, hebben we een keuze gemaakt uit het arsenaal van statistische technieken.

Een van de door ons meest gebruikte statistische technieken bij de vergelijking van niet werkenden onderling en van niet werkenden met werkenden is ANOVA (Analysis of Variance), een variantie-analysetechniek (SPSS-manual, 1986). Met behulp van deze techniek worden verschillen getoetst onder constanthouding van variabelen. De constant gehouden variabelen zijn leeftijd, burgerlijke staat en sociaal-economische klasse. Waar niet werkenden onderling vergeleken worden is ook de duur van het niet werken in de rij opgenomen. Een belangrijk onderdeel van ANOVA is dat geen voorwaarden gesteld worden aan het meetniveau. De keuze voor ANOVA is mede ingegeven door het betrekkelijk kleine aantal respondenten; een alternatief van deze multivariate analysetechniek zou bivariate analyse kunnen zijn met behulp van kruistabellen. Om echter de met de afhankelijke variabele verondersteld gerelateerde variabelen constant te houden zou elaboratie noodzakelijk zijn. Deze techniek is én nogal bewerkelijk én confronteert de onderzoeker noodzakelijkerwijs met kleine aantallen. De keuze voor ANOVA vloeit voort uit de probleemstelling en de hypothesen: de verschillen en overeenkomsten tussen categorieën willen we immers alleen en uitsluitend in relatie brengen met de werkstatus, hetgeen met zich meebrengt dat we de effecten van achtergrondkenmerken en de duur van het niet werken moeten uitsluiten. De resultaten van de hoofdstukken 8, 13, 14 en 17 berusten op berekeningen met behulp van ANOVA.

Teneinde uitsluitend te krijgen over de ongecorrigeerde verschillen en overeenkomsten tussen enerzijds niet werkenden onderling en anderzijds tussen niet werkenden en werkenden, hebben we gezondheidsclusters geconstrueerd van respondenten. Hoewel we ook andere technieken hadden kunnen toepassen geeft de gekozen benadering de mogelijkheid vast te stellen hoe respondenten individueel over de onderscheiden gezondheidsvariabelen verdeeld zijn. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van

similariteitscoëfficiënten van Gower (1971), omdat het hierdoor mogelijk is gezondheidsvariabelen van verschillende orde met elkaar te vergelijken. Langs deze weg zijn overeenkomsten vastgesteld tussen respondenten op basis van hun scores op de similariteitsmatrix. Volgens zijn deze respondenten volgens de "complete linkage" methode over de clusters verdeeld (BMDP, 1987). In hoofdstuk 10 bespreken we deze methode uitvoeriger. Een kruistabel van deze clusters met niet werkenden en werkenden levert een ongecorrigeerd gezondheidsprofiel op.

Vergelijking van het ongecorrigeerde en gecorrigeerde profiel geeft de mogelijkheid een schatting te maken van de relatieve invloed van de onder controle gehouden variabelen ten opzichte van de werkstatus.

Discriminantanalyse is toegepast om uitsluitel te krijgen over de specifieke bijdrage van werkstatus, achtergrondkenmerken en duur niet werken, en de gezamenlijke overige in dit onderzoek gebruikte variabelen, aan de verklaring van verschillen in gezondheid tussen de respondenten die eerst in het gezondheidscluster naar gezondheid gehomogeniseerd zijn. De meeste resultaten van hoofdstuk 10 berusten op clusteranalyse; enkele berusten op discriminantanalyse.

De vierde - strikt genomen niet statistische - methode die in dit onderzoek gebruikt is, is precisie-matching. Een gedeelte van de resultaten van de hoofdstukken 9 en 18 berust op deze methode. Met deze methode wordt beoogd de invloed van mogelijk "storende" variabelen op de afhankelijke variabele (gezondheid) gelijkelijk te laten variëren over categorieën die met elkaar vergeleken worden (Segers en Hagenaars, 1980). Precisie-matching brengt derhalve met zich mee dat de storende variabelen in de verschillende te vergelijken onderzoeksgroepen met dezelfde relatieve frequentie voorkomen.

Uiteraard veronderstelt een dergelijke methode dat men de mogelijk storende variabelen moet kennen.

Een nadeel van deze op zich elegante methode is dat respondenten kunnen uitvallen omdat geen geschikte vergelijkingspartner gevonden kan worden. Aan de keuze om in de huisartspraktijken niet werkenden met werkenden te matchen ligt in de eerste plaats een praktisch argument ten grondslag. Het was bij de start van het praktijk-onderzoek

niet duidelijk of de gegevensverzameling binnen de geplande periode afgerond kon worden. Er waren elders in de eerste lijn immers nog geen ervaringen met het vaststellen van probleemlijsten en het ten behoeve daarvan classificeren van problemen met behulp van de ICPC. Daarenboven verkeerde het computerprogramma van het HIOS nog in een experimenteel stadium. Derhalve hebben we op basis van de verzamelde achtergrondgegevens van patiënten eerst precisie-matching toegepast om eventueel uitsluitend op basis hiervan tot voorlopige conclusies te kunnen komen. De planning bleek inderdaad niet gehaald te worden, maar desondanks hebben de huisartsen in tweede instantie ook de probleemlijsten gemaakt van de niet werkende arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden die buiten de gematchte populaties vielen. Dit gaf ons de mogelijkheid te controleren of de gematchte niet werkenden afweken van de totale categorieën, nadat we eerder al vastgesteld hadden dat zij in achtergrondkenmerken overeenkwamen.

De door ons gebruikte Chi-kwadraat toets en de Fischer's Exact Probability Test (hoofdstuk 9 en 10) hebben we gekozen om in geval van kruistabellen tot uitspraken te komen over al dan niet statistische verschillen.

Resteren nog twee gebruikte technieken, de Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W Test en de Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test (hoofdstuk 18). Beide zijn non-parametrische toetsen waarmee verschillen tussen al dan niet gematchte groepen getoetst zijn. Voor meer informatie hierover verwijzen we onder andere naar één van de SPSS-manuals.

De in de tabellen vermelde getallen waarbij met behulp van ANOVA getoetst is of de drie categorieën niet werkenden verschillen, resulteren uit één analyse. De uitspraken over verschillen tussen twee categorieën berusten op afzonderlijke ANOVA's; de uitkomsten kunnen enigszins afwijken van die welke in de tabellen zijn vermeld.

Toetsing van verschillen op basis van hypothesen, gebeurde steeds eenzijdig. Voor zover geen hypothesen geformuleerd waren, vond exploratie van verschillen plaats op basis van tweezijdige toetsing. De getallen in de tabellen waar toetsing plaatsvond met behulp van de Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W Test én de Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test hebben we verkregen met behulp van de T-test. Gelet op het

karakter van het materiaal én de onbekendheid over de verdeling van de populatie over de variabelen van waaruit de steekproeven afkomstig zijn, berusten de uitspraken over de verschillen niet op deze test.

5.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksmethoden en de populaties besproken van de twee onderzoeken waarop de resultaten van de volgende hoofdstukken gebaseerd zijn. In paragraaf 5.2 zijn het panelonderzoek en het onderzoek onder de praktijkpopulatie aan de orde gesteld. Paragraaf 5.3 belicht de beide populatie-samenstellingen. Wat de panelstudie betreft hebben we een verantwoording gegeven van de verandering in populatie tussen de peiljaren 1981 en 1983. De uitval wegens ziekte en sterfte onder de categorieën niet werkenden wordt apart toegelicht; de uitval wegens sterfte blijkt het hoogst onder de arbeidsongeschikten. Tevens hebben we de populatie uit de landelijke steekproef en de huisartspraktijken beschreven naar achtergrondkenmerken. Daarenboven is de gematchte populatie in kaart gebracht en vergeleken met de niet gematchte populatie. In paragraaf 5.4 zijn de statistische methoden besproken en verantwoord.

6. Afsluiting Deel I

Met voorgaande hoofdstukken hebben we ons onderzoek ingeleid: enerzijds door het thema werkenden en niet werkenden nader uit te werken teneinde de maatschappelijke omvang van het niet werken duidelijk te maken, anderzijds door de relatie tussen niet werken en gezondheid onder de loep te nemen.

Er is onder meer naar voren gekomen dat er sprake is van tegenstrijdige bevindingen op een aantal punten:

- de mate waarin arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden naar gezondheid onderling uitwisselbare categorieën zijn;
- de mate waarin gedwongen niet werken, vooral werkloos zijn, tot ongezondheid leidt;
- de mate waarin gedwongen niet werken tot riskante gewoonten en sociaal isolement leidt.

Een en ander heeft ertoe geleid dat we zoals in hoofdstuk 4 naar voren kwam, gezondheid centraal gesteld hebben. Daarnaast hebben we er voor gekozen riskante gewoonten en participatie in het onderzoek te betrekken. Centraal in dit onderzoek staat de vergelijking van de drie categorieën niet werkenden onderling en met werkenden naar gezondheid. Gelet op de methodologische kritieken (op vooral buitenlands onderzoek) en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen hebben we wat de invloed van de duur niet werken betreft gekozen voor transversale en longitudinale analyses op micro-niveau teneinde tot verantwoorde uitspraken te komen; tevens hebben we ervoor gekozen werkenden als contrastgroep in het onderzoek te betrekken. Een en ander is uitgewerkt in de hoofdstukken 4 en 5.

In de volgende delen II, III en IV komen de onderzoekresultaten aan de orde. Elk deel omvat een afgegrensd thema. In deel II beperken we ons tot gezondheid en gezondheidsopvattingen. In deel III komen riskante gewoonten en participatie aan de orde. In beide delen worden arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden met elkaar en met werkenden vergeleken. In deel IV worden de in de delen II en III behandelde onderwerpen in relatie tot de duur van het niet werken besproken.

In het vijfde en laatste deel geven we de conclusies en nabeschouwing weer alsmede de samenvatting.

Deel II: Gezondheid en Gezondheidsopvattingen

7. Inleiding Deel II
8. Gerapporteerde Gezondheid en Gezondheidsopvattingen
9. Gezondheid, vastgesteld door Huisartsen
10. Consistentie van de Gezondheidsmeting
11. Conclusies en Discussie

7. Inleiding Deel II

De in het vierde hoofdstuk geformuleerde hypothesen over gezondheid worden in dit deel getoetst. Dit geldt niet voor de hypothesen met betrekking tot de duur van het niet werken; deze komen in deel IV aan de orde.

De resultaten vermeld in hoofdstuk 8 hebben betrekking op de gerapporteerde gezondheid van niet werkenden uit de landelijke steekproef. Naast gezondheid komen in hoofdstuk 8 ook de gezondheidsopvattingen ter sprake; dit vanwege de sterkere samenhang van deze opvattingen met de beleving van ziekte en gezondheid dan met gezondheids- en ziektegedrag (Halfens et al., 1988).

Hoofdstuk 9 beschrijft onderzoeksresultaten uit de huisartspraktijken; deze betreffen de door huisartsen vastgestelde gezondheid van niet werkenden en werkenden. Aan de hand van de gegevens hieromtrent toetsen we de resultaten met betrekking tot door niet werkenden zelf gerapporteerde gezondheid. In de conclusies van de hoofdstukken 8 en 9 komen we op de resultaten terug op basis van de hypothesen.

In aansluiting op het in hoofdstuk 5 vermelde, wijzen wij er nogmaals op dat de uitkomsten in het kader van de geformuleerde hypothesen éénzijdig, en de uitkomsten in het kader van de exploratie, tweezijdig getoetst zijn. Het gedeelte van de onderwerpen waarover we geen hypothesen geformuleerd hebben, past in deze exploratie.

Alle in hoofdstuk 8 vermelde getallen zijn gemiddelden. Zoals vermeld in hoofdstuk 5 zijn dit gecorrigeerde cijfers, dat wil zeggen dat we de invloed van achtergrondkenmerken statistisch uitgeschakeld hebben. Onderlinge overeenkomsten en verschillen die hier gerapporteerd worden, kunnen derhalve niet teruggevoerd worden op verschillen in leeftijd, sociaal-economische klasse en burgerlijke staat. Bij de vergelijking van niet werkenden onderling hebben we ook gecorrigeerd voor verschillen in de duur van het niet werken.

Ter voorkoming van misverstanden wijzen we nog op het volgende: uitspraken over verschillen per variabele tussen twee categorieën niet werkenden onderling (AO met WW; AO met VUT; WW met VUT) berusten op ANOVA. De cijfers in de tabellen berusten op ANOVA van alle drie categorieën tezamen. Zij hoeven niet overeen te komen met de uitkomsten van de vergelijking van twee categorieën. Vanwege de overzichtelijkheid hebben we hiervoor gekozen. In elke tabel van hoofdstuk 8 van dit deel (en van de hoofdstukken uit deel III) is de kolom "toetsing verschillen" opgenomen. In deze kolom staat per variabele de uitkomst van drie verschillende vergelijkingen vermeld, op basis van ANOVA na correctie op verschillen in achtergrondkenmerken en duur van het niet werken. Wanneer er bij de drie vergelijkingen geen verschillen naar voren komen, is de cel blanco gelaten. We wijzen erop dat in alle tabellen arbeidsongeschikten weergegeven worden met AO, werklozen met WW, en vervroegd gepensioneerden met VUT. De afkorting VUT, uitgezonderd hoofdstuk 9, is strikt genomen niet juist, omdat zoals eerder vermeld, onder vervroegd gepensioneerden VUT-ers vallen, maar ook personen die om andere redenen vóór hun 65e jaar gepensioneerd zijn. In hoofdstuk 9 staat de afkorting VUT voor echte VUT-ers.

In het tiende hoofdstuk gaan we nog eens na hoe consistent de bevindingen van hoofdstuk 8 zijn. We doen dit langs twee wegen: in de eerste plaats stellen we vast of de panelstudie in 1981 hetzelfde gezondheidsprofiel oplevert; in de tweede plaats toetsen we de robuustheid van de resultaten van hoofdstuk 7 door de onderzoeksgegevens nog eens op een andere manier te benaderen, namelijk via clusteranalyse. Deze techniek geeft ons bovendien de mogelijkheid vast te stellen hoe de afzonderlijke categorieën niet werkenden en de categorie werkenden verdeeld zijn over zieken en gezonden. In hoofdstuk 11 tenslotte vatten we de bevindingen nog eens samen in de vorm van conclusies en discussie.

8. Gerapporteerde Gezondheid en Gezondheidsopvattingen

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten van de analyse waarin niet werkenden onderling en met werkenden zijn vergeleken naar achtereenvolgens gezondheid en gezondheidsopvattingen.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in de paragrafen 8.2 en 8.3 worden de drie onderscheiden categorieën niet werkenden met elkaar vergeleken. Daarna wordt in de paragrafen 8.4 en 8.5 elke categorie afzonderlijk vergeleken met werkenden.

8.2 Een onderlinge vergelijking van niet werkenden naar gezondheid

In tabel 8.1 geven we een vergelijkend overzicht van de gezondheid van de drie categorieën niet werkenden.

Arbeidsongeschikten hebben in vergelijking met werklozen en vervroegd gepensioneerden een slechtere score op alle gezondheidsmaten. Arbeidsongeschikten hebben:

- vaker een chronische aandoening: 69% versus 21% en 36%;
- frequenter contact met een arts (huisarts of specialist): 6,1 keer per jaar versus 1,1 en 2,1 keer per jaar;
- meer lichamelijke klachten: 15,6 versus 7,9 en 7,6 klachten;
- een slechtere beoordeling van de eigen gezondheid: matig versus goed;
- een hoger percentage gebruikers van medicijnen op eigen initiatief (53% versus 31% en 32%) en een groter medicijngebruik onder de gebruikers (75 versus 31 en 25 medicijnen per maand);
- vaker zorgen over hun eigen gezondheid: soms versus zelden.

Tabel 8.1 Arbeidsongeschikte, werkloze en vervroegd gepensioneerde mannen onderling vergeleken naar gezondheid (1983).

	AO (1) (N=155)	WW (2) (N=87)	VUT (3) (N=48)	toetsing verschillen
% chronische aandoening	69	21	36	1≠2,3*** 2=3
doktersbezoeken afgelopen jaar -frequentie-	6,1	1,1	2,1	1≠2,3*** 2=3
score lichame- lijke klachten	15,6	7,9	7,6	1≠2,3*** 2=3
beoordeling eigen gezondheid	matig (3,3)	goed (4,1)	goed (4,0)	1≠2,3*** 2=3
medicijngebruik op eigen initiatief				
- % medicijngebruik- kers	53	31	32	1≠2,3** 2=3
- aantal medicijnen/ maand (gebruikers)	75	31	25	3=1,2** 1≠2
zorgen eigen gezondheid	soms (2,7)	zelden (1,4)	zelden (2,1)	1≠2,3** 2=3

** : $.01 < p \leq .05$

*** : $p \leq .01$

eenzijdig getoetst

Ten aanzien van het aantal medicijnen blijken arbeidsongeschikten niet van vervroegd gepensioneerden, maar wel van werklozen te verschillen. Werklozen en vervroegd gepensioneerden verschillen wat gezondheid betreft niet.

We concluderen dat arbeidsongeschikten een intrinsiek slechtere gezondheid rapporteren dan werklozen en vervroegd gepensioneerden. Werklozen en vervroegd gepensioneerden verschillen onderling nagenoeg niet.

8.3 Een onderlinge vergelijking van niet werkenden naar gezondheidsopvattingen

Tabel 8.2 geeft een overzicht van de gezondheidsopvattingen van de drie categorieën niet werkenden. De scores inzake het belang van gezondheid kunnen variëren van 3 (van klein belang) tot 15 (van groot belang). De drie dimensies van de beheersingsoriëntatie kunnen variëren van score 6 (laag) tot score 36 (hoog).

Tabel 8.2 Arbeidsongeschikte, werkloze en vervroegd gepensioneerde mannen onderling vergeleken naar gezondheidsopvattingen (1983).

	AO (1) (N=155)	WW (2) (N=87)	VUT (3) (N=48)	toetsing verschillen
belang gezondheid	12,8	12,6	12,9	
beheersings- oriëntatie				
- interne beheersing	21,2	22,5	23,0	2=1,3** 1≠3
- machtige anderen	22,8	20,9	21,5	3=1,2*** 1≠2
- toeval ¹⁾	19,9	20,2	19,8	

** : $.01 < p \leq .05$

*** : $p \leq .01$

1) = tweezijdig getoetst

De drie categorieën niet werkenden komen op twee van de vier aspecten van gezondheidsopvattingen overeen: opvattingen over het belang van gezondheid en de toevalsdimensie van de oriëntatie.

Het beeld op de overige twee aspecten is gedifferentieerd:

- werklozen komen wat interne oriëntatie betreft overeen met beide andere categorieën; vervroegd gepensioneerden blijken een hogere score te hebben dan arbeidsongeschikten;
- vervroegd gepensioneerden komen in de oriëntatie op machtige anderen overeen met beide andere categorieën; arbeidsongeschikten hebben hierin een hogere score dan werklozen.

8.4 Een vergelijking van werkenden en niet werkenden naar gezondheid

In deze paragraaf zullen we werkenden met arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden vergelijken.

Omwille van de leesbaarheid zullen we in de tabel geen cijfers weergeven, maar alleen vermelden of er overeenkomsten, dan wel (significante) verschillen bestaan. In de bespreking van de tabellen geven we alleen de cijfers weer, wanneer er verschillen blijken te zijn.

Tabel 8.3 geeft de resultaten van de vergelijking weer.

Tabel 8.3 Werkende (N=412) en niet werkende mannen, vergeleken naar gezondheid (1983).

	werkenden vergeleken met:		
	AO	WW	VUT
% chronische aandoening	mi ***	0	0
doktersbezoeken afgelopen jaar -freq.-	mi ***	0	0
score lichamelijke klachten	mi ***	0	me **
neg. beoordeling eigen gezondheid	mi ***	0	0
% medicijngebruikers op eigen initiatief	mi ***	0	0
aantal medicijnen per maand op eigen initiatief (gebr.)	mi ***	0	0
zorgen eigen gezondheid	mi ***	0	0

** : $.01 \leq p < .05$

*** : $p < .01$

0 = geen significant verschil

mi = minder dan

me = meer dan

De vergelijking van werkenden met arbeidsongeschikten geeft een homogeen beeld te zien: bij alle gezondheidsaspecten vinden we zeer duidelijk onderlinge verschillen.

Werkenden hebben in vergelijking met arbeidsongeschikten (de cijfers betreffen de vergelijking in de eerste kolom):

- minder chronische aandoeningen: 31% resp. 68%;
- minder frequent contact met een arts: 2,1 resp. 6,2;
- minder lichamelijke klachten: 8,1 resp. 15,1;
- een positiever oordeel over de eigen gezondheid: goed resp. matig;
- een lager percentage medicijngebruikers: 34% resp. 50% (werkenden en kortdurig arbeidsongeschikten komen overeen);
- een geringer medicijngebruik op eigen initiatief per maand onder de gebruikers: 12,7 resp. 39,0;
- minder zorg over de eigen gezondheid: zelden resp. soms.

De tweede kolom geeft eveneens een homogeen beeld: werkenden blijken van werklozen niet te verschillen.

Werkenden blijken evenmin te verschillen van vervroegd gepensioneerden. Er is één uitzondering: zij blijken meer lichamelijke klachten te hebben, namelijk 7,9 versus 6,3.

8.5 Een vergelijking van werkenden en niet werkenden naar gezondheidsopvattingen

Conform de opzet van de vorige paragraaf presenteren we nu de onderlinge vergelijking naar gezondheidsopvattingen. In tabel 8.4 vermelden we de resultaten.

Werkenden komen met arbeidsongeschikten overeen in hun opvattingen over het belang van gezondheid en met betrekking tot de toevalsoriëntatie. Wat interne beheersing en machtige anderen betreft blijken werkenden van arbeidsongeschikten te verschillen: werkenden zijn meer van mening dat zij hun eigen gezondheid kunnen beïnvloeden (22,7 versus 21,3) en zijn minder de opvatting toegedaan dat machtige anderen hun gezondheid kunnen beïnvloeden (19,7 versus 21,8).

Werkenden verschillen niet van werklozen.

Werkenden blijken niet te verschillen van vervroegd gepensioneerden in de interne en toevalsoriëntatie. Wel vinden we verschillen in opvattingen over het belang van gezondheid en de oriëntatie op machtige anderen: werkenden hechten minder belang aan gezondheid (12,0 versus 12,7); daarnaast zijn zij minder van mening dat machtige anderen de gezondheid kunnen beïnvloeden (19,3 versus 21,2).

Tabel 8.4 Werkende (N=412) en niet werkende mannen, vergeleken naar gezondheidsopvattingen (1983).

	werkenden vergeleken met:		
	AO	WW	VUT
belang gezondheid	0	0	mi **
beheersings-oriëntatie			
- interne beheersing	me ***	0	0
- machtige anderen	mi ***	0	mi **
- toeval ¹	0	0	0

** : $.01 < p < .05$

1 = tweezijdig getoetst

*** : $p < .01$

0 = geen significant verschil

mi = minder dan

me = meer dan

8.6 Conclusies

In deze paragraaf geven we zowel conclusies met betrekking tot de in hoofdstuk 4 geformuleerde hypothesen, als conclusies op basis van bevindingen waarover geen hypothesen geformuleerd zijn. Achtereenvolgens bespreken we de thema's gerapporteerde gezondheid en gezondheidsopvattingen. Omwille van de overzichtelijkheid zullen we de hypothesen herhalen. Telkens onderscheiden we twee vergelijkingen: tussen niet werkenden onderling en tussen niet werkenden en werkenden.

8.6.1 Gerapporteerde gezondheid

Set 1 Niet werkenden onderling

	hypothese	opmerkingen / bijzonderheden
1.1 Arbeidsongeschikten hebben		
a. een slechtere subjectieve gezondheid dan		
. werklozen	ja	
. vervroegd gepensioneerden	ja	
b. een slechtere objectieve gezondheid dan		
. werklozen	ja	
. vervroegd gepensioneerden	ja	niet in medi- cijngebruik
1.2 Werklozen hebben		
a. een slechtere subjectieve gezondheid dan		
. vervroegd gepensioneerden	neen	geen verschil
b. eenzelfde objectieve gezondheid als		
. vervroegd gepensioneerden	ja	

Onze hypothesen blijken merendeels bevestigd te worden zoals uit voorgaand overzicht blijkt: arbeidsongeschikten blijken een intrinsiek slechtere gezondheid te hebben dan werklozen én vervroegd gepensioneerden.

Set 2 Niet werkenden en werkenden

	hypothese	opmerkingen / bijzonderheden
2.1 Arbeidsongeschikten hebben		
a. een slechtere subjectieve gezondheid dan werkenden	ja	
b. een slechtere objectieve gezondheid dan werkenden	ja	

2.2 Werklozen hebben

- | | | |
|--|------|---------------|
| a. een slechtere subjectieve
gezondheid dan werkenden | neen | geen verschil |
| b. eenzelfde objectieve
gezondheid als werkenden | ja | |

2.3 Vervroegd gepensioneerden komen met werkenden overeen in:

- | | | |
|------------------------------|----|-----------------------------------|
| a. de subjectieve gezondheid | ja | minder lichame-
lijke klachten |
| b. de objectieve gezondheid | ja | |

Ook deze hypothesen worden op één na bevestigd; vergeleken met werkenden hebben arbeidsongeschikten een intrinsiek slechtere gezondheid. Vervroegd gepensioneerden komen nagenoeg en werklozen komen geheel met werkenden overeen. De verwachte slechtere subjectieve gezondheid van werklozen vergeleken met werkenden wordt niet bevestigd. Opvallend is dat werklozen en werkenden niet van elkaar verschillen in subjectieve gezondheid.

8.6.2 Gezondheidsopvattingen

Set 1 Niet werkenden onderling

hypothese	opmerkingen /
bevestigd	bijzonderheden

Belang gezondheid

1.1 Arbeidsongeschikten achten gezondheid belangrijker dan

- | | | |
|------------------------------|------|---------------|
| a. werklozen | neen | geen verschil |
| b. vervroegd gepensioneerden | neen | geen verschil |

1.2 Werklozen achten gezondheid even belangrijk als

- | | |
|---------------------------|----|
| vervroegd gepensioneerden | ja |
|---------------------------|----|

Interne beheersingsoriëntatie

1.3 Arbeidsongeschikten hebben een lagere interne oriëntatie dan

- | | | |
|------------------------------|------|---------------|
| a. werklozen | neen | geen verschil |
| b. vervroegd gepensioneerden | ja | |

1.4 Werklozen komen overeen in de interne oriëntatie met vervroegd gepensioneerden

ja

Externe beheersingsoriëntatie

1.5 Arbeidsongeschikten hebben een hogere externe oriëntatie dan

- | | | |
|------------------------------|------|---------------|
| a. werklozen | ja | |
| b. vervroegd gepensioneerden | neen | geen verschil |

1.6 Werklozen komen overeen in externe oriëntatie met vervroegd gepensioneerden

ja

Van onze drie hypothesen over het belang van gezondheid worden er twee verworpen. Gelet op de verschillen in gezondheid tussen enerzijds arbeidsongeschikten en anderzijds werklozen en vervroegd gepensioneerden verbaast het ons wel dat deze twee hypothesen verworpen worden.

De hypothesen over de interne beheersingsoriëntatie worden in twee van de drie gevallen bevestigd. Niettemin verbaast het ons dat arbeidsongeschikten en werklozen onderling overeenkomen terwijl arbeidsongeschikten wél lager scoren dan vervroegd gepensioneerden. Omdat arbeidsongeschikten wél verschillen van vervroegd gepensioneerden, maar werklozen en vervroegd gepensioneerden weer onderling overeenkomen is er geen reden om te veronderstellen dat gedwongen niet werken samenhang vertoont met de interne beheersingsoriëntatie.

Ook de hypothesen over de oriëntatie op machtige anderen worden in twee van de drie gevallen bevestigd: arbeidsongeschikten zijn de enigen die zich onderscheiden door een hogere oriëntatie en wel alleen ten opzichte van werklozen.

Wat betreft de toevalsoriëntatie - waarover we geen hypothesen geformuleerd hebben - vinden we geen onderlinge verschillen.

Set 2 Niet werkenden en werkenden

	hypothese	opmerkingen /
	bevestigd	bijzonderheden
Belang gezondheid		
2.1 Arbeidsongeschikten achten gezondheid belangrijker dan werkenden	neen	geen verschil
2.2a Werklozen achten gezondheid even belangrijk als werkenden	ja	
b Vervroegd gepensioneerden achten gezondheid even belangrijk als werkenden	neen	VUT: belangrijker
Interne beheersingsoriëntatie		
2.3 Arbeidsongeschikten hebben een lagere interne oriëntatie dan werkenden	ja	
2.4a Werklozen hebben eenzelfde interne oriëntatie als werkenden	ja	
b Vervroegd gepensioneerden hebben eenzelfde interne oriëntatie als werkenden	ja	
Externe beheersingsoriëntatie		
2.5a Arbeidsongeschikten hebben een hogere externe oriëntatie dan werkenden	ja	
b Werklozen hebben eenzelfde externe oriëntatie als werkenden	ja	
c Vervroegd gepensioneerden hebben eenzelfde externe oriëntatie als werkenden	neen	hoger

Twee van de drie hypothesen over het belang dat aan gezondheid gehecht wordt, worden verworpen: arbeidsongeschikten verschillen niet van werkenden, terwijl vervroegd gepensioneerden méér belang aan gezondheid hechten dan werkenden.

De drie hypothesen over de interne oriëntatie worden alle bevestigd. Conform onze verwachting onderscheiden alléén arbeidsongeschikten zich van werkenden en wel door een lagere oriëntatie.

Twee van de drie hypothesen over de externe oriëntatie worden bevestigd: arbeidsongeschikten hebben een hogere externe oriëntatie dan werkenden en werklozen verschillen niet van hen. Dat de vervroegd gepensioneerden een hogere oriëntatie blijken te hebben dan werkenden, hadden we niet verwacht.

8.7 Samenvatting

Arbeidsongeschikten rapporteren overwegend een slechtere gezondheid dan werklozen en vervroegd gepensioneerden, terwijl de laatste twee onderling niet verschillen.

De drie categorieën niet werkenden verschillen niet in opvatting over het belang van gezondheid; zij verschillen evenmin in toevalsoriëntatie. In de interne oriëntatie verschillen de werklozen vanuit een tussenpositie niet van beide andere categorieën, terwijl arbeidsongeschikten in vergelijking met vervroegd gepensioneerden van mening zijn minder invloed op de eigen gezondheid te hebben.

In de oriëntatie op machtige anderen verschillen vervroegd gepensioneerden niet van beide andere categorieën; arbeidsongeschikten zijn in vergelijking met werklozen echter van mening dat machtige anderen méér invloed op hun gezondheid kunnen uitoefenen.

Werkenden rapporteren een betere gezondheid dan arbeidsongeschikten en verschillen op dit punt niet van werklozen en vrijwel niet van vervroegd gepensioneerden; werkenden rapporteren alleen meer lichamelijke klachten dan vervroegd gepensioneerden.

Werkenden blijken zich voorts van arbeidsongeschikten vooral te onderscheiden door een hogere interne beheersingsoriëntatie en een lagere oriëntatie op machtige anderen; vergeleken met vervroegd gepensioneerden blijken zij zich te onderscheiden door minder belang te hechten aan gezondheid en een lagere oriëntatie op machtige anderen. Werkenden en werklozen, tot slot, verschillen niet.

9. Gezondheid, vastgesteld door Huisartsen

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk vergelijken we de eerder in hoofdstuk 5 beschreven niet werkende en werkende mannelijke patiënten uit de huisartspraktijk met elkaar. Ging het in hoofdstuk 8 om de gerapporteerde gezondheid, in dit hoofdstuk staat de gezondheid centraal zoals deze door de huisarts vastgesteld is. Met behulp van gegevens uit de praktijk kunnen we nagaan of de door huisartsen vastgestelde gezondheid van mannelijke werkende en niet werkende patiënten overeenkomt met de zelfrapportage hieromtrent in het panelonderzoek.

Zoals uit hoofdstuk 4 blijkt, is de gezondheid vastgesteld met behulp van de probleemlijst en het aantal huisarts-patiënt contacten over 1986. De probleemlijst achten wij een meer valide indicator voor de objectieve gezondheid omdat de op de probleemlijst vermelde problemen niet alleen berusten op bevindingen van de huisarts zelf, maar ook op bevindingen van andere hulpverleners uit de eerste en tweede lijn waarvan de huisarts naar wij aannemen op de hoogte is gesteld (onder meer via specialistenbrieven).

Rapportage van de onderzoeksbevindingen naar aanleiding van de hypothesen, komt aan de orde in de deelparagrafen 9.2.1 en 9.2.2 (probleemlijst) en in paragraaf 9.3 (contactfrequentie).

In de overige deelparagrafen rapporteren we het explorerend gedeelte van het praktijkonderzoek:

- deelparagraaf 9.2.3 behandelt de verhouding actieve/niet actieve problemen onder werkenden en niet werkenden;
- de verdeling van problemen over de ICPC-componenten en hoofdstukken wordt respectievelijk in 9.2.4 en 9.2.5 beschreven;

- in deelparagraaf 9.2.6 combineren we de gegevens van 9.2.4 en 9.2.5. Dit explorerend gedeelte is toegevoegd om eventuele verschillen in de aard van de problemen tussen werkenden en niet werkenden op te sporen.

Immers:

- gegevens over de verhouding actieve/inactieve problemen verschaffen ons de mogelijkheid na te gaan of al dan niet werken hiermee samenhangt;
- gegevens aangaande de verdeling van problemen over ICPC-componenten kunnen ons inzicht verschaffen in de vraag of niet werken meer samenhangt met klacht- of symptoomgebonden problemen (component 1) dan met diagnosegebonden problemen (component 7);
- gegevens over de verdeling van problemen over ICPC-hoofdstukken stellen ons in staat uitspraken te doen over de vraag of het al dan niet werken samenhangt met specifieke problemen (orgaan-, systeemgebonden en psychosociale problemen).

We realiseren ons dat de informatie uit het explorerend gedeelte verder reikt dan de primaire doelstelling van dit hoofdstuk, namelijk de vergelijking van zelfrapportage met rapportage door huisartsen. Gezien de schaarse literatuur over niet werken en gezondheid binnen het vakgebied huisartsgeneeskunde is een dergelijke exploratie alleszins de moeite waard.

Zoals in hoofdstuk 5 beschreven, hebben we in het deelonderzoek precisie matching toegepast. Bij elke niet werkende is een werkende gezocht die overeenkomt in achtergrondkenmerken. Hoewel de gematchte arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden, wat deze kenmerken betreft, overeenkomen met de respectievelijke totale categorieën waaruit zij geselecteerd zijn, zijn we toch nog nagegaan of per categorie gematchten en niet gematchten onderlinge verschillen bestaan in het aantal problemen en de contactfrequentie met de huisarts. Dit bleek niet het geval.

We hebben de gematchte niet werkenden en werkenden ook nog gecontroleerd op verzekeringsvorm; ook op deze variabele bleken zij onderling niet te verschillen.

9.2 De probleemlijst

Twee typen problemen hebben we buiten de analyse gelaten, namelijk appendicitis en vasectomie. De artsen verschilden van mening of deze relevant zijn voor de probleemlijst. Daarom hadden sommigen deze problemen wel en anderen ze niet vermeld.

9.2.1 Verdeling naar wel of niet aanwezig zijn van problemen

Tabel 9.1 geeft een overzicht van de aan- en afwezigheid van problemen. Steeds vermelden we de gegevens van de gematchte niet werkenden en werkenden. In de tabellen korten we de term werkenden af met "WE".

Tabel 9.1 Verdeling naar het wel of niet aanwezig zijn van problemen onder de gematchte categorieën niet werkende en werkende mannen (%).

	AO	WE	WW	WE	VUT	WE
N:	90	90	43	43	24	24
patiënten zonder problemen	2	16	14	26	8	8
met problemen	98	84	86	74	92	92
totaal	100	100	100	100	100	100
Fisher's ex.prob.					n.s.	
chi kwadraat	8.30		.78			
p-waarden	.004		n.s.			

Uit de vermelde resultaten kunnen we, mede gelet op de toetsingsresultaten, het volgende concluderen:

- onder alle categorieën hebben de meeste mensen problemen;
- onder arbeidsongeschikten komen meer mensen met problemen voor dan onder werkenden;
- werklozen en vervroegd gepensioneerden verschillen in dit opzicht niet van werkenden.

9.2.2 Verdeling naar aantallen problemen

In deze paragraaf gaan we na in hoeverre niet werkenden van werkenden verschillen in aantal problemen. Voor de volledigheid vermelden we eveneens cijfers inzake gemiddelden, standaarddeviatie en range. Toetsing gebeurt op basis van de mediaan.

Tabel 9.2 Enkele kengetallen betreffende aantal problemen van gematchte categorieën niet werkende en werkende mannen.

N	AO 90	WE 90	WW 43	WE 43	VUT 24	WE 24
X	3.2	1.8	2.0	1.5	2.4	1.6
S	1.8	1.4	1.6	1.5	1.7	1.0
range	0-8	0-6	0-7	0-7	0-6	0-4
mediaan	2.5	1.2	.98	.74	1.5	.92
gemeensch. mediaan	1.7		.84		1.1	
chi kwadraat	16.20		1.16		.75	
p-waarden	.000		n.s.		n.s.	

Toetsen we de verschillen op basis van de mediaan dan blijkt het volgende:

- arbeidsongeschikten hebben meer problemen dan werkenden;
- werklozen en vervroegd gepensioneerden verschillen niet van werkenden.

9.2.3 De verhouding tussen actieve en inactieve problemen

In het eerste gedeelte van het explorerend praktisch onderzoek geven we de verhouding tussen actieve en niet actieve problemen weer.

Teneinde vast te stellen of niet werkenden verschillen van werkenden in de verhouding tussen actieve en inactieve problemen geven we een overzicht in tabelvorm.

Tabel 9.3 Verdeling problemen naar actieve en inactieve status, gedifferentieerd naar gematchte niet werkende en werkende mannen (%).

	AO	WE	WW	WE	VUT	WE
N problemen	288**	163*	88	61**	57	38
actieve status	45	40	42	31	28	34
inactieve status	55	60	58	69	72	66
totaal	100%		100%		100%	
N pat.	90	90	43	43	24	24
chi kwadraat	.74		1.80		.68	
p-waarden	n.s.		n.s.		n.s.	

* : exclusief 1 probleem waarvan status onbekend is

** : exclusief 2 problemen waarvan status onbekend is

Uit tabel 9.3 kunnen we aflezen dat niet werkenden en werkenden niet verschillen in de verdeling van de problemen naar actieve en inactieve status.

9.2.4 Verdeling van problemen naar componenten

De instructies van de probleemlijst zijn zodanig dat alle problemen in component 1 (klachten en symptomen) of component 7 (vaststaande diagnoses) geplaatst worden. De vraag wordt dan hoe de verdeling over deze twee rubrieken is. In tabel 9.4 laten we dit zien.

Tabel 9.4 Verdeling problemen over de ICPC-componenten van gematchte niet werkende en werkende mannen (%).

	AO	WE	WW	WE	VUT	WE
N problemen	290	164	88	63	57	38
comp. 1	30	31	32	29	23	26
comp. 7	70	69	68	71	77	74
totaal	100%		100%		100%	
N pat.	90	90	43	43	24	24
chi kwadraat	.05		.06		.02	
p-waarden	n.s.		n.s.		n.s.	

Duidelijk komt naar voren dat in alle categorieën het merendeel der problemen onder component 7 valt. Dit houdt in dat bij werkenden en niet werkenden het merendeel der problemen een diagnostisch etiket gekregen heeft. Circa 30% heeft een etiket op klacht- of symptoomniveau, hetgeen wil zeggen dat de huisarts geen of onvoldoende aanwijzingen kon vinden voor een verantwoorde diagnose. Gezien deze verdeling verbaast het ons niet dat de toetsingsuitslagen geen significante verschillen tussen de gematchte niet werkenden en werkenden laten zien.

9.2.5 Verdeling van problemen naar ICPC hoofdstukken

De volgende vraag waarover we ons buigen is of niet werkenden en werkenden onderling verschillen in localisatie van de problemen, overeenkomstig de hoofdstukken van de ICPC.

De analyse-eenheid wordt gevormd door de patiënt met problemen. Dit betekent dat we alléén erop letten of de patiënt op specifieke hoofdstukken scoort, afgezien van de frequentie.

Omdat de problemen nogal ongelijk over de hoofdstukken verdeeld zijn, beperken we ons bij de beantwoording van vorgestelde vraag tot de hoofdstukken die het meest frequent gescoord zijn én hoofdstukken die, gelet op de literatuur, betekenis hebben in het kader van niet werken. Voor een aanzienlijk gedeelte vallen de hoofdstukken die vanuit beide gezichtspunten in aanmerking komen, samen. Twee hoofdstukken blijven uiteraard buiten beschouwing, namelijk W (zwangerschap, geboorte en gezinsplanning) en X (vrouwelijk genitaal). Hoofdstuk W blijft buiten beschouwing omdat gezinsplanning geen gezondheidsprobleem in engere betekenis is én omdat de hoofdstukonderdelen "zwangerschap en geboorte" bij mannen uiteraard buiten de orde zijn. (Overigens blijkt, zoals verwacht mocht worden, geen enkel probleem in beide hoofdstukken gescoord te zijn).

De meest frequent gescoorde hoofdstukken zijn de volgende: L (locomotorisch), K (hart en vaat), P (psychologisch), D (spijsvertering), R (respiratoir) en T (metabool, endocrien). In de literatuur inzake de oorzaak van afkeuring van arbeidsongeschikten worden, zoals vermeld in

hoofdstuk 3, vooral genoemd: psychologische problemen (P), locomotorische problemen (L) en hart- en vaatziekten (K). In de internationale literatuur (zie eveneens hoofdstuk 3) inzake ziekten die het gevolg van werkloosheid kunnen zijn, worden genoemd: ziekten van hart en bloedvaten (K), hoge bloeddruk (K), psychosociale problemen (P en Z). Samenvattend betekent dit dat we de volgende hoofdstukken in de onderlinge vergelijking opnemen: D, K, L, P, R, T en Z. Dit houdt in dat tien van de zeventien hoofdstukken buiten beschouwing blijven, namelijk A (algemeen), B (bloedvormende organen), E (ogen), H (oren), N (neurologisch), S (huid), U (uriniwegen), W (zwangerschap, geboorte en gezinsplanning), X (vrouwelijk genitaal) en Y (mannelijk genitaal).

We geven de vergelijking weer van arbeidsongeschikten en werkenden op basis van de in hoofdstukken ondergebrachte problemen. Omdat werklozen en vervroegd gepensioneerden niet van werkenden verschillen in de verdeling van gezondheidsproblemen over de ICPC hoofdstukken, hebben we hen niet in de tabel opgenomen.

Tabel 9.5 Verdeling van de gezondheidsproblemen van gematchte arbeidsongeschikte en werkende mannen over zeven ICPC hoofdstukken.

	AO	WE
N patiënten	90	90
D-spijsvertering	27	19
K-hart en bloedvaten	35	17
L-locomotorisch systeem	33	26
P-psychologische problemen	38	12
R-respiratoir systeem	19	14
T-metabolisch endocrien	14	5
Z-sociale problemen	15	8
N problemen	181	101
K: chi kw.=7.82 p=.000	P: chi kw.=17.30 p=.000	T: chi kw.=3.77 p=.000

Toetsing van de onderlinge verschillen maakt duidelijk dat de categorie arbeidsongeschikten vergeleken met werkenden méér mensen omvat met hart- en vaatproblemen, psychologische en metabole problemen.

9.2.6 Verdeling van actieve en inactieve problemen naar ICPC hoofdstukken

In deze paragraaf komt de verdeling van actieve en niet actieve problemen over de afzonderlijke hoofdstukken aan de orde. Eerder, in paragraaf 9.2.3 hebben we geconstateerd dat over alle hoofdstukken gezamenlijk, niet werkenden en werkenden niet verschillen.

In deze deelparagraaf beperken we ons tot rapportage van bevindingen van de eerder gekozen zeven hoofdstukken.

Tussen arbeidsongeschikten en gematchte werkenden vinden we slechts één verschil: onder werkenden hebben problemen in hoofdstuk Z (sociaal) vaker een actief karakter dan onder arbeidsongeschikten (63% versus 25%). Tussen werklozen en vervroegd gepensioneerden enerzijds en de met hen gematchte werkenden anderzijds vinden we geen verschillen.

9.2.7. Een inhoudelijke vergelijking van psychosociale problemen van niet werkenden en werkenden

Omdat psychosociale problemen onder gedwongen niet werkenden een actueel thema vormen in de wetenschappelijke literatuur en in de opiniebladen, achten we het van belang in te gaan op de vraag of arbeidsongeschikten en werklozen van de met hen gematchte werkenden verschillen in specifieke problemen zoals deze door de huisarts zijn genoteerd.

De problemen hebben we geïnventariseerd aan de hand van de afzonderlijke ICPC codes, de daarbij behorende vaste tekst en de door huisartsen eventueel toegevoegde vrije tekst. Zoals de titel van deze deelparagraaf al aangeeft, nemen we de psychologische en sociale problemen gecombineerd in de vergelijking tussen niet werkenden en werkenden op.

In tabel 9.6 geven we een inhoudelijk overzicht van de problemen van arbeidsongeschikten en gematchte werkenden.

Tabel 9.6 Vergelijkend overzicht soort psychosociale problemen van gematchte arbeidsongeschikte en werkende mannen.

soort probleem	arbeidsongeschikten		werkenden	
	abs.	%	abs.	%
- psycho-somatisch	10	16	2	9
- (vroegere) werkproblemen	10	16	4	17
- nerveus, angst, gespannen	9	14	5	22
- depressief	8	12	0	0
- misbruik alcohol	8	12	3	13
- relatieproblemen partner	5	8	4	17
- misbruik tabak	4	3	2	9
- verslaving medicijnen	3	5	1	4
- anders	6	10	2	9
totaal	63	100	23	100

Uit tabel 9.6 kunnen we afleiden dat de meeste psychosociale problemen verhoudingsgewijs even vaak voorkomen onder arbeidsongeschikten als onder gematchte werkenden. Onder voorbehoud van de kleine aantallen kunnen we concluderen dat het erop lijkt dat bij arbeidsongeschikten vergeleken met werkenden de volgende problemen vaker voorkomen: psycho-somatische problemen en depressiviteit.

Vermeldenswaard is dat onder arbeidsongeschikten één keer de code Z6: "probleem in verband met werkloosheid" in de probleemlijst voorkomt. In de hoofdstukken P en Z wordt "arbeidsongeschikt of WAO" nog vier keer vermeld in de vrije tekst, gekoppeld aan de volgende omschrijvingen:

- "nerveus/angst/gespannen"; het probleemcluster blijkt tot arbeidsongeschiktheid geleid te hebben (tweemaal);
- met het hiervoor genoemde probleem; zonder nadere toelichting (éénmaal);
- overspanning op het werk, welke weer voortvloeit uit vroegere traumatische oorlogservaringen; deze heeft tot "WAO" geleid (éénmaal).

Mede omdat arbeidsongeschiktheid weinig in combinatie met omschrijvingen uit de hoofdstukken P en Z genoemd is, zijn we nagegaan hoe vaak

deze term in verband met andere hoofdstukken vermeld is. "Arbeidsongeschiktheid" bleek nog vier keer voor te komen, namelijk als vrije tekst achter respectievelijk: spondylolisthesis, rugpijn (lumbaal en thoracaal) met uitstraling, HNP-rugsymptomen/klachten (2x).

Arbeidsongeschiktheid is al bij al bij 9 van de betreffende 90 patiënten vermeld, waarvan acht keer samenhangend met een ander probleem.

Gelet op het kleine aantal psychosociale problemen onder werklozen en werkenden en de grote diversiteit kunnen we op basis hiervan geen conclusies trekken.

De code Z6 "probleem met werkloosheid" werd bij geen der werklozen in de probleemlijst aangekruist. In de vrije tekst komt onder werklozen één keer de toelichting "geen werk, thuissituatie" voor, als enige vrije tekst bij probleem P2 "acute stress, verstoring psychisch evenwicht situatief".

9.3 Contactregistratie huisarts patiënt

In deze paragraaf bespreken we de contactfrequentie tussen huisarts en patiënt over 1986.

In tabel 9.7 geven we enkele kengetallen betreffende de gematchte niet werkenden en werkenden.

Tabel 9.7 Enkele kengetallen betreffende contacten huisarts patiënt van gematchte categorieën niet werkende en werkende mannen.

N	AO 90	WE 90	WW 43	WE 43	VUT 24	WE 24
X	3.4	2.0	1.8	2.0	1.8	1.5
S	3.8	2.0	1.7	2.1	1.6	1.2
range	0-20	0-8	0-7	0-8	0-6	0-4
mediaan	1.71	.90	1.0	.85	.80	.50
gemeensch.						
mediaan	1.27		.95		.63	
chi kwadraat	10.83		.05		.09	
p-waarden	.001		n.s.		n.s.	

Tabel 9.7 leert ons dat:

- arbeidsongeschikten vaker contact met de huisarts hebben dan werkenden;
- werklozen en vervroegd gepensioneerden in dit opzicht niet van werkenden verschillen.

9.4 Conclusies en samenvatting

Omdat in de conclusies de nadruk ligt op het toetsen van hypothesen, zullen we eerst de voor dit hoofdstuk relevante hypothese herhalen: zelfrapportage over gezondheid van niet werkende en werkende mannen komt overeen met rapportage door huisartsen aan de hand van medische dossiers.

We hebben gezien dat ten behoeve van deze toetsing gezondheid aan de hand van twee indicatoren gemeten is, te weten het aantal met behulp van de ICPC lijst vastgestelde problemen en het aantal arts-patiënt contacten over één jaar.

In de analyse hebben we ons beperkt tot een onderlinge vergelijking van elk der niet werkende categorieën met werkenden. De wijze waarop we deze vergelijking uitgevoerd hebben, laat ook uitspraken toe over verschillen en overeenkomsten tussen de drie categorieën onderling.

Bovenvermelde hypothese blijkt bevestigd te worden, zoals we hierna zullen zien. We zullen achtereenvolgens de conclusies inzake arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden bespreken.

Arbeidsongeschikten blijken de enige categorie te vormen waarin méér mensen met problemen voorkomen dan onder werkenden, daarnaast blijken arbeidsongeschikten méér problemen te hebben.

We concluderen derhalve dat de hypothese wat betreft arbeidsongeschikten en voorzover getoetst op geleide van de eerste indicator bevestigd wordt.

Voor werkenden én niet werkenden geldt dat de problemen overwegend op component zeven gescoord zijn. Dit houdt in dat de problemen van alle categorieën merendeels op het diagnostisch niveau gelabeld zijn en in de minderheid der gevallen op klacht-/symptoom-niveau.

Wanneer we de patiënten met problemen als analyse-eenheid nemen dan constateren we onder arbeidsongeschikten méér mensen met hart- en vaatproblemen, psychologische en metabole problemen dan onder werkenden.

Vervroegd gepensioneerden en werklozen verschillen niet van werkenden. Naar verdeling van problemen in actieve en niet actieve status verschillen niet werkenden en werkenden niet. Bij de meest frequent gecodeerde hoofdstukken afzonderlijk zien we nagenoeg hetzelfde beeld. De enige uitzondering betreft hoofdstuk Z (sociale problemen): arbeidsongeschikten hebben vergeleken met werkenden minder vaak actieve sociale problemen.

Over het laatste aandachtspunt inzake psychosociale problemen (hoofdstuk P en Z gezamenlijk) het volgende: wanneer we de specifieke problemen onder de hoofdstukken P en Z onder de loep nemen, valt op dat vooral psycho-somatische problemen en depressiviteit vaker onder arbeidsongeschikten genoemd worden dan onder werkenden. Opvallend is echter dat deze problemen een inactief karakter hebben.

Letten we op de tweede indicator (doktersbezoek), dan blijkt de hypothese eveneens bevestigd te worden.

Het voorgaande impliceert dat de door huisartsen vastgestelde gezondheid van arbeidsongeschikten en vergelijkbare werkenden op populatie niveau niet verschilt van de door overeenkomstige categorieën zelf gerapporteerde gezondheid.

De hypothese dat de door huisartsen vastgestelde gezondheid van werklozen en vervroegd gepensioneerden én de met deze groepen vergelijkbare werkenden niet afwijkt van de door overeenkomstige categorieën werkenden gerapporteerde gezondheid, wordt nagenoeg geheel bevestigd. Er is derhalve geen reden te veronderstellen dat er sprake is van "cognitieve trucage".

Omdat we de afzonderlijke niet werkende categorieën steeds met werkenden vergeleken hebben, mogen we op basis van de bevindingen hieromtrent ook concluderen dat arbeidsongeschikten een slechtere gezondheid hebben dan werklozen en vervroegd gepensioneerden.

We sluiten deze paragraaf af met de conclusie dat huisartsen klaarblijkelijk arbeidsongeschikt en werkloos zijn, nauwelijks als een psychosociaal probleem beschouwen dat dusdanige aandacht vraagt dat het op de probleemlijst vermeld wordt.

10. Consistentie van de Gezondheidsmeting

10.1 Inleiding

Met de voorgaande hoofdstukken van deel I zouden we het onderwerp "gezondheid" als afgesloten kunnen beschouwen.

Omdat "gezondheid" de meest centrale variabele van dit onderzoek is, hebben we ons echter afgevraagd hoe consistent de in hoofdstuk 8 gerapporteerde gezondheidsprofielen van de afzonderlijke categorieën zijn.

Om hierover tot een uitspraak te kunnen komen hebben we twee wegen bewandeld.

De eerste betreft een herhaling van de gezondheidsmeting van 1983 voor de populatie die in 1981 in het panel onderzocht is. Verondersteld mag worden dat de gegevens van 1983 niet tot belangrijk andere resultaten hebben geleid dan die van 1981. Omdat de populatie van 1981 slechts gedeeltelijk dezelfde respondenten omvat als die van 1983 - zie hoofdstuk 5 -, mogen we des te meer waarde hechten aan een overeenkomstige uitslag. Omdat de gezondheidsmeting van 1981 reeds eerder door anderen is gepubliceerd, zullen we volstaan met dit onderzoek aan te halen. Paragraaf 10.2 is hiervoor gereserveerd.

De tweede weg is die waarbij we via een andere benadering de gegevens van 1983 opnieuw analyseren. We gaan hierbij uit van de scores op alle gezondheidsvariabelen gezamenlijk. Op deze wijze proberen we op basis van een vijftal later te noemen variabelen de respondenten in homogene groepen in te delen. Vervolgens zullen we toetsen in hoeverre de onderscheiden categorieën niet werkenden in verband gebracht kunnen worden met deze homogene gezondheidsgroepen. De hieruit resulterende profielen vergelijken we met die van hoofdstuk 8.

Om tot homogene groepen te komen hebben we gebruik gemaakt van de

similariteitsmatrix van Gower. Zoals vermeld in hoofdstuk 5 houdt deze methode in dat respondenten in een matrix gegroepeerd worden op basis van gelijke scores op de afzonderlijke variabelen. Hierbij zijn we uitgegaan van de indeling van respondenten op de kwartielen. Respondenten met similariteit of gelijkenis van één worden eerst samengenomen. "Afkappen" gebeurt zodra er sprake is van een "natuurlijk breukpunt" in de afname van de gelijkenis, daarbij rekening houdend met clusters die voldoende groot zijn. De overeenkomsten tussen respondenten die in de matrix geclusterd zijn worden vastgesteld volgens de "complete linkage" methode (volgens BMDP). We hebben voor "Gower" gekozen omdat deze methode voorzover ons bekend, de enige is waarbij gebruik gemaakt kan worden van coëfficiënten tussen variabelen van verschillende orde of meetniveau. De resultaten van deze clusteranalyse worden in paragraaf 10.3 gerapporteerd.

De verdeling van niet werkenden en werkenden over de onderscheiden gezondheidsclusters komt aan de orde in paragraaf 10.4. We zullen vooral aandacht besteden aan de vraag welk gedeelte van de onderscheiden categorieën niet werkenden en werkenden tot de gezonden en welk gedeelte tot de zieken behoort.

10.2 Gezondheid in 1981

Aan de hand van het Nederland Oké materiaal van 1981 hebben onderzoekers de volgende drie door hen geformuleerde stellingen getoetst (Philipsen, Halfens, 1983).

- 1 Arbeidsongeschikten hebben een beduidend slechtere gezondheid dan werkenden;
- 2 Werklozen hebben geen slechtere gezondheid dan werkenden;
- 3 Mogelijk bestaat binnen de arbeidsongeschikten een definieerbare categorie mensen van wie de gezondheid niet afwijkt van werklozen, en dus ook niet van werkenden.

Hoewel vervroegd gepensioneerden ook in het onderzoek betrokken waren, zijn er geen stellingen over deze categorie geformuleerd. De reden hiervoor is dat destijds over hen in de Nederlandse situatie nauwelijks iets bekend was.

Hoewel de populatieomschrijving in aanzienlijke mate overeenkomt met die van ons in 1983, zijn er twee verschilpunten te constateren:

- 1 het onderzoek van 1981 omvat alléén gehuwde mannen; in ons onderzoek zijn weliswaar de meeste mannen gehuwd, maar ongehuwden komen ook voor;
- 2 onder de arbeidsongeschikten van 1981 zijn ook respondenten begrepen die langdurig ziek zijn, zonder dat ze onder de WAO/AAW of het ABP-invaliditeitspensioen vallen.

In 1981 omvatte de totale populatie gehuwde niet werkende mannen 190 respondenten, te weten 144 arbeidsongeschikten, 20 werklozen en 26 vervroegd gepensioneerden.

Alvorens tot toetsing over te gaan is vanwege gevonden verschillen in achtergrondkenmerken tussen niet werkenden en werkenden precisie-matching toegepast. Deze matching resulteerde in 86 arbeidsongeschikten en werkenden, 20 werklozen en werkenden, 20 vervroegd gepensioneerden en werkenden. Per categorie zijn de niet werkenden en werkenden vergeleken op vier gezondheidsmaten: aan- of afwezigheid van chronische aandoeningen, aantal malen dat men het laatste jaar met een dokter contact had, score op de verkorte VOG (21 items) en het aantal de laatste maand geslikte medicijnen, die op eigen initiatief aangeschaft zijn.

De eerste conclusie van het onderzoek was dat arbeidsongeschikten duidelijk ongezonder zijn dan werkenden, werklozen en vervroegd gepensioneerden.

De tweede conclusie was dat werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden uitwisselbaar zijn vanuit het gezichtspunt van de gezondheidstoestand.

Genoemde auteurs hebben geen onderzoek gedaan naar de gezondheid van kort- en langdurig niet werkenden. Ook als zij dit overwogen zouden hebben, was dit niet mogelijk geweest omdat in 1981 niet gevraagd was hoe lang men zonder werk was.

Onder voorbehoud van de iets afwijkende populatie mogen we concluderend stellen dat bij vergelijking het gezondheidsprofiel van 1981 niet blijkt af te wijken van dat van 1983.

10.3 Gezondheid als clustervariabele

De clusteranalyse is toegepast op alle 703 respondenten van de landelijke steekproef in 1983, bestaande uit de eerder beschreven niet werkende en alle werkende mannen. Een klein gedeelte van hen (22) kon niet ingedeeld worden omdat deze respondenten op één of meer variabelen niet gescoord hadden.

De gekozen variabelen komen overeen met die in hoofdstuk 8. Een variabele, namelijk "zorgen maken over de eigen gezondheid" hebben we in eerste instantie niet in de analyse betrokken, omdat wij deze niet als een gezondheidsvariabele in de strikte betekenis beschouwen.

De voor ons doel geschiktste en best interpreteerbare clusterindeling leverde vier afzonderlijke clusters op.

Het eerste cluster (N = 127) wordt gekenmerkt door:

- aanwezigheid van chronische of langdurige aandoeningen (100%);
- veel doktersbezoek (44% vier keer of meer);
- veel lichamelijke klachten (71% acht klachten of meer);
- een meerderheid met een matige beoordeling van eigen gezondheid (54%);
- overwegend geen tot weinig medicatie op eigen initiatief (84% geen).

Het tweede cluster (N = 151) dat evenals het eerste cluster gekenmerkt wordt door ongezondheid, heeft de volgende karakteristieken:

- een meerderheid met chronische of langdurige aandoeningen (60%);
- veel doktersbezoek (48% vier keer of meer);
- veel lichamelijke klachten (82% acht klachten of meer);
- de helft met een matige beoordeling van de eigen gezondheid (49%);
- overwegend veel tot zeer veel medicatie op eigen initiatief (98% veel);

Het verschil tussen het eerste en tweede cluster is voornamelijk gelegen in het percentage chronische aandoeningen (100 versus 60%) en de medicatie (84% geen, versus 98% veel tot zeer veel). Deze twee verschillen brachten ons tot het onderscheid "chronisch ziek" en "ziek". De meest opvallende discrepantie tussen chronisch zieken en zieken betreft het nemen van medicijnen op eigen initiatief.

Gelet op de overige kenmerken van het tweede cluster mogen we stellen

dat er mogelijk sprake is van concurrentie van medicijnen door dokters voorgeschreven en medicijnen die mensen op eigen gezag aanschaffen en innemen.

Om de veronderstelling over "zorgen omtrent gezondheid" te toetsen, hebben we de variabele "zorgen maken over gezondheid" toch in de verdere analyse betrokken, gerelateerd aan de clustervariabele. Beide variabelen bleken een significante onderlinge relatie te hebben ($p = .000$), waarbij het tweede cluster de hoogste score bleek te hebben op "zorgen gezondheid".

Het derde cluster ($N = 319$), betiteld als "gezonden" heeft het volgende profiel:

- geheel ontbreken van chronische of langdurige aandoeningen;
- weinig doktersbezoek (88% nul tot drie keer);
- weinig lichamelijke klachten (66% minder dan acht klachten);
- overwegend goede beoordeling van de eigen gezondheid (89% goed tot zeer goed);
- overwegend ontbreken van zelfmedicatie (82% geen).

Gelet op de hiernavolgende kenmerken ontkwam het vierde en laatste cluster ($N = 84$), niet aan de naam "kerngezonden":

- geheel ontbreken van chronische of langdurige aandoeningen;
- zeer weinig doktersbezoek (100% nul tot drie keer);
- zeer weinig lichamelijke klachten (80% minder dan acht klachten);
- geheel goede beoordeling van de eigen gezondheid (100% zeer goed);
- in ruime meerderheid geen zelfmedicatie (68% geen).

Genoemde clusters bleken significant van elkaar te verschillen ($p = .000$), hetgeen een voorwaarde is om te mogen spreken van onderscheiden clusters. Daarenboven volgen de clusters elkaar zodanig logisch op, dat we mogen spreken van een zekere schaalbaarheid; daarmee lijkt deze verdeling veeleer een ordinaal dan een nominaal karakter te hebben.

De vraag die resteert is hoe de niet werkenden en werkenden over deze clusters verdeeld zijn.

10.4 Het gezondheidsprofiel van werkenden en niet werkenden

Gegeven de resultaten van de in hoofdstuk 8 gemaakte vergelijking van niet werkenden onderling én met werkenden, op basis van de afzonderlijke gezondheidsvariabelen, mogen we verwachten dat werkenden, werklozen en vervroegd gepensioneerden vooral in de clusters 3 en 4 zullen voorkomen, en arbeidsongeschikten vooral in de eerste twee clusters. Daarnaast zal het totale cluster ons antwoord geven op de vraag welk gedeelte van de arbeidsongeschikten een goede gezondheid, en welk gedeelte van de overige categorieën een slechte gezondheid heeft. In tabel 10.1 geven we de verdeling weer van niet werkende en werkende mannen over de gezondheidsclusters.

Tabel 10.1 Verdeling van niet werkende en werkende mannen over de gezondheidsclusters (%).

	chronisch zieken (N=127)	zieken (N=151)	gezonden (N=319)	kern- gezonden (N=84)	totaal (N=681)
werkenden (N=397)	12	16	56	16	100
arbeidsongeschikten (N=153)	39	44	16	1	100
werklozen (N=84)	11	16	57	16	100
vervroegd gepensioneerden (N=47)	25	13	49	13	100
totaal	19	22	47	12	100

chi kwadraat: 152.47

p = 0.00

df = 9

Overeenkomstig onze verwachting blijkt dat:

- arbeidsongeschikten (83%) merendeels onder beide categorieën zieken vallen;

- werkenden (72%) en werklozen (73%) in ruime meerderheid tot beide categorieën gezonden behoren;
- de meerderheid van de vervroegd gepensioneerden (62%) eveneens tot de gezonden behoort.

Op het eerste gezicht is het opvallend dat het percentage ongezonden onder de gezond veronderstelde niet werkenden het hoogst is onder de vervroegd gepensioneerden (37%). Toch hoeft dit cijfer ons niet te verbazen, ook al omdat eerder bleek dat vervroegd gepensioneerden in gezondheid overeenkomen met werkenden. We mogen immers aannemen dat het relatief hoge percentage ongezonden met leeftijd en niet met vervroegd gepensioneerd zijn samenhangt.

Concluderend mogen we stellen dat het gezondheidsprofiel in aanzienlijke mate overeenkomt met dat van hoofdstuk 8.

Gelet op de resultaten van de gecorrigeerde vergelijking uit hoofdstuk 8 én de ongecorrigeerde vergelijking uit dit hoofdstuk mogen we aannemen dat achtergrondkenmerken en de duur van het niet werken een aan de "werkstatus" ondergeschikte verklaring geven voor verschillen in gezondheid. Nadere analyse zal ons méér informatie geven over het achtergrondprofiel van de volgende vier naar gezondheid inconsistente sub-populaties uit tabel 10.1:

- 17% gezonde arbeidsongeschikten;
- 27% zieke werklozen;
- 28% zieke werkenden;
- 37% zieke vervroegd gepensioneerden;

Voorals de in tabel 10.1 vermelde 17% gezonden onder de arbeidsongeschikten en 27% zieken onder de werklozen zijn getallen die ons inziens nadere aandacht vragen. Deze getallen interesseren ons in het bijzonder in het kader van de discussie over de verborgen arbeidsongeschikten onder de werklozen.

Op het eerste gezicht lijken de 17% gezonde arbeidsongeschikten verborgen werklozen te zijn. De zieken onder de werklozen wekken het vermoeden dat we met verborgen arbeidsongeschikten te maken hebben. Om tot enige profilering van deze en andere hiervoor vermelde inconsis-

tente subgroepen te komen zullen we nagaan of zieken zich van gezonden onderscheiden, vooral gelet op achtergrondkenmerken en de duur van het niet werken.

We hebben een stapsgewijze en een niet stapsgewijze discriminantanalyse uitgevoerd, met het gezondheidscluster als afhankelijke variabele. Alle door ons geanalyseerde variabelen hebben we hierbij betrokken.

De belangrijkste verklaring voor verschillen in gezondheid leverde de stapsgewijze benadering op met een clusterindeling waarbij de clusters 1 en 2 (zieken) en de clusters 3 en 4 (gezonden) samengenomen zijn.

Gecorrigeerd op toeval bleek dat alle variabelen gezamenlijk 46% van de verschillen in gezondheid verklaarden. De kans om tot de zieken te behoren werd in aflopende mate geconditioneerd door arbeidsongeschiktheid (F-waarde: 183,2), duur niet werken (F-waarde: 112,9) en leeftijd (F-waarde: 73,8). Pas daarna volgde een reeks van andere variabelen.

Hiermede wordt nogmaals bevestigd dat zowel de gecorrigeerde als de niet gecorrigeerde onderlinge vergelijking van onderscheiden categorieën naar gezondheid tot dezelfde uitslagen leidt: arbeidsongeschikten blijken steeds intrinsiek ongezonder. Duur van niet werken en leeftijd geven een aan de werkstatus aanvullende verklaring voor verschillen in gezondheid. Daarmee is eveneens duidelijk geworden dat burgerlijke staat en sociaal-economische klasse nagenoeg geen rol spelen in de verklaring van verschillen in gezondheid. De duur van niet werken én leeftijd leveren na arbeidsongeschiktheid de belangrijkste verklaring van verschillen in gezondheid.

Met deze wetenschap keren we terug naar tabel 10.1. Op basis van voorstaande bevindingen mogen we derhalve veronderstellen dat:

- 1 gezonde arbeidsongeschikten zich van zieke arbeidsongeschikten onderscheiden door een jongere leeftijd en een kortere arbeidsongeschiktheidsduur;
- 2 zieke werklozen ouder zijn dan gezonde werklozen én langere tijd werkloos zijn;
- 3 zieke werkenden ouder zijn dan gezonde werkenden;
- 4 zieke vervroegd gepensioneerden langere tijd zonder werk zijn dan gezonde (verschil in leeftijd is hier niet van toepassing).

In de tabel 10.2 geven we op basis van het onderscheid ziek-gezond een overzicht van de niet werkende en werkende mannen, gedifferentieerd naar leeftijd en duur zonder werk. Zieken vormen een samenvoeging van de eerste twee, gezonden van de laatste twee clusters.

Tabel 10.2 Verdeling zieke en gezonde mannen naar werkstatus, gedifferentieerd naar leeftijd en duur zonder werk (%).

		zieken	gezonden	totaal		
1 Arbeidsongeschikten	N =	127	26	153		
leeftijd	21 - 35	7	8	7		
	36 - 50	20	19	20	chi-kw =	.29
	51 - 65	73	73	73	p =	.99
duur zonder werk	< 2 jaar	22	42	25	chi-kw =	3.66
	≥ 2 jaar	78	58	75	p =	.06
2 Werklozen	N =	22	62	84		
leeftijd	21 - 35	45	52	50		
	36 - 50	41	35	37	chi-kw =	.26
	51 - 65	14	13	13	P =	.88
duur zonder werk	< 2 jaar	59	81	75	chi-kw =	2.96
	≥ 2 jaar	41	19	25	p =	.09
3 Vervroegd gepensioneerden	N =	18	29	47		
duur zonder werk	< 2 jaar	56	66	62	chi-kw =	.14
	≥ 2 jaar	44	34	38	p =	.71
4 Werkenden	N =	111	286	397		
leeftijd	21 - 35	26	45	40		
	36 - 50	43	41	41	chi-kw =	20.31
	51 - 65	31	14	19	p =	.000

Dat de leeftijdsverdeling onder vervroegd gepensioneerden ontbreekt, evenals de rubriek "duur niet werken" onder werkenden, heeft ons niet te verbazen omdat vervroegd gepensioneerden allen tot de oudste leeftijdscategorie behoren én de rubriek "duur niet werken" voor werkenden uiteraard niet van toepassing is.

De volgende resultaten zijn in overeenstemming met de eerder geuite veronderstellingen:

- gezonde arbeidsongeschikten vertonen een tendens kortere tijd zonder werk te zijn dan zieke arbeidsongeschikten;

- zieke werklozen vertonen een tendens langere tijd zonder werk te zijn dan gezonde werklozen;
- zieke werkenden zijn ouder dan jonge werkenden.

Contrasterend aan onze veronderstellingen vinden we eveneens dat:

- gezonde arbeidsongeschikten niet in leeftijd verschillen van zieke arbeidsongeschikten;
- zieke werklozen niet in leeftijd verschillen van gezonde werklozen;
- zieke vervroegd gepensioneerden zich niet van gezonde vervroegd gepensioneerden onderscheiden in de duur dat men zonder werk is.

Het mag op het eerste gezicht opvallend genoemd worden dat we onder werkenden wél en onder arbeidsongeschikten en werklozen géén relatie vinden tussen leeftijd en gezondheid. Voor de arbeidsongeschikten is dit begrijpelijk omdat allen geselecteerd zijn op basis van een slechte gezondheid. Voor de werklozen hebben we geen verklaring. Gezonde en zieke arbeidsongeschikten blijken overigens overwegend ouder dan 51 jaar (respectievelijk 73% en 72%), terwijl gezonde en zieke werklozen overwegend jonger dan 50 jaar blijken (respectievelijk 86% en 87%).

Overigens blijkt uit verdere elaboratie dat binnen vrijwel alle naar gezondheid gehomogeniseerde deelpopulaties van arbeidsongeschikten en werklozen geen samenhang bestaat tussen leeftijd en duur van het niet werken. De enige uitzondering hierop vormen de zieke arbeidsongeschikten; hier komt naar voren dat ouderen langere tijd zonder werk zijn dan jongeren (chi kwadraat 6.85; $p = .04$). De deelpopulaties gezonde arbeidsongeschikten ($N=26$) en zieke werklozen ($N=23$) zijn relatief nogal klein om tot uitspraken te komen waaraan veel betekenis gegeven kan worden. Overigens hoeft het ons niet te verbazen dat er binnen de gezonde arbeidsongeschikten geen relatie is tussen leeftijd en de duur van het niet werken: dat het aandeel gezonde langdurig arbeidsongeschikten niet veel groter is dan dat van de gezonde kortdurig arbeidsongeschikten kan immers zeer wel het gevolg zijn van de relatief snelle reïntegratie in het arbeidsproces van de gezonden.

De categorie die in deze bespreking resteert wordt gevormd door werkenden: de positieve relatie tussen leeftijd en gezondheid duidt op een met het stijgen van leeftijd toenemende verstoring van het evenwicht draaglast-draagkracht. Opzienbarend is deze bevinding niet. Bijna één derde van de zieke werkenden is ouder dan 51 jaar; opvallend

is dat het aandeel binnen de leeftijdscategorie 36-50 jaar groter is, namelijk 41%. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat dit verschil voortkomt uit afvloeiing van ouderen in geval van ziekte via de arbeidsongeschiktheidswet en mogelijk via de werkloosheidswet.

Niettemin weten we uit de literatuur dat het aantal zieke mensen onder de categorie werkenden aanzienlijk is; dit geldt ook voor het percentage mensen dat ingeval van ziekte blijft doorwerken. In een landelijke steekproef gaf 25% te kennen "gewoon" doorgewerkt te hebben toen men zich de laatste keer ziek voelde.

Onder de niet actieven gaf 15% aan "gewoon" doorgegaan te zijn met de gebruikelijke activiteiten in geval van ziekte (Adriaanse et al, 1981). Eerder al rapporteerde 42% van de beroepsbevolking boven de 45 jaar bij gezondheidsklachten door te werken (Bramlage, 1962).

Uit een onlangs afgesloten onderzoek onder WAO-intreders komt naar voren dat een gedeelte van hen lange tijd doorwerkte, nadat zij bemerkten dat de gezondheidsklachten de prestaties op het werk negatief beïnvloedden (GMD, 1987). Het percentage zieken onder de werkenden is derhalve niet opzienbarend.

We dienen wel op te merken dat over onze 28% zieke werkenden geenszins gesteld is dat zij allen ziek thuis bleven; wel weten we dat we de langdurig zieken onder de werkenden buiten onze werkende populatie gehouden hebben.

10.5 Conclusies en samenvatting

Omdat gezondheid de belangrijkste variabele in dit onderzoek is, hebben we ons in dit hoofdstuk gebogen over de consistentie van de bevindingen.

Aan de ene kant hebben we vastgesteld dat in de panelstudie van 1981 de bevindingen overeenkomen met die van 1983 (10.2). Aan de andere kant hebben we ons materiaal nog eens langs een andere weg geanalyseerd, namelijk via clusteranalyse (10.3). In paragraaf 10.4 bespraken we de verdeling van niet werkenden en werkenden over de onderscheiden gezondheidsclusters. Hierbij viel op dat:

- 1 het gezondheidsprofiel, op basis van ANOVA met correctie, overeenkomt met dat op basis van clusteranalyse;
 - 2 achtergrondkenmerken en duur niet werken een aan werkstatus ondergeschikte verklaring geven voor verschillen in gezondheid;
 - 3 de duur van het niet werken en de leeftijd ná arbeidsongeschiktheid de belangrijkste verklaring geven voor verschillen in gezondheid in onze totale populatie van werkenden en niet werkenden;
 - 4 het percentage gezonden onder de arbeidsongeschikten kleiner is dan het percentage zieken onder de werklozen.
- Onder arbeidsongeschikten en werklozen bleek géén en onder werkenden wél een samenhang tussen leeftijd en gezondheid. Onder arbeidsongeschikten en werklozen bleken de langdurig niet werkenden een slechtere gezondheid te hebben dan de kortdurig niet werkenden.

11. Conclusies en Discussie

In deel II is duidelijk geworden dat arbeidsongeschikten een intrinsiek slechtere gezondheid hebben dan werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden. Tevens komt naar voren dat werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden vrijwel geheel overeenkomen. De hypothesen blijken grotendeels bevestigd. Twee bevindingen contrasteren met onze verwachtingen: werklozen hebben géén slechtere subjectieve gezondheid dan vervroegd gepensioneerden en werkenden, maar komen met hen overeen.

Onze hypothesen over de gezondheidsopvattingen met betrekking tot de niet werkenden onderling blijken voor meer dan de helft bevestigd te worden. Arbeidsongeschikten blijken, in tegenstelling tot onze veronderstelling niet van werklozen en vervroegd gepensioneerden te verschillen in het belang dat gezondheid voor hen heeft; evenmin blijken zij een lagere interne oriëntatie te hebben dan werklozen, terwijl zij met vervroegd gepensioneerden overeenkomen. Arbeidsongeschikten blijken wel een hogere oriëntatie op artsen als machtige anderen te hebben dan werklozen.

De hypothesen over de vergelijking van niet werkenden en werkenden onderling worden grotendeels bevestigd. Niet werkenden blijken tevens vaker van werkenden dan van elkaar te verschillen. Opvallend is echter dat arbeidsongeschikten gezondheid niet en vervroegd gepensioneerden gezondheid wél belangrijker achten dan werkenden. Mogelijk heeft bij vervroegd gepensioneerden de wens een goede gezondheid te behouden mede een rol gespeeld bij het besluit met werken te stoppen. Arbeidsongeschikten onderscheiden zich in vergelijking tot de andere categorieën niet werkenden het meest uitdrukkelijk van werkenden naar gezondheidsopvattingen: vooral de lagere interne oriëntatie en de hogere

oriëntatie op artsen als machtige anderen valt op. Gezien hun afhankelijkheid van het medische circuit is dit niet verwonderlijk.

Gelet op de grote overeenkomst tussen de door niet werkenden gerapporteerde en door huisartsen vastgestelde gezondheid van niet werkenden en werkenden, mogen we aannemen dat er geen reden is om te twijfelen aan de betrouwbaarheid van gezondheidsrapportages van mensen zelf over hun gezondheid. "Cognitieve trucage" onder arbeidsongeschikten en werklozen is niet aangetoond.

Gelet op de algemeen veronderstelde belasting van het gedwongen niet werken én de gezondheidsrisico's van vooral arbeidsongeschikten, achten we het opvallend dat noch arbeidsongeschikt zijn, noch werkloos zijn als "psychosociaal probleem" vermeld is op een probleemlijst.

Een belangrijk aandachtspunt betreft de consistentie van de onderzoeksbevindingen over de gerapporteerde gezondheid. Resultaten van 1981 uit dezelfde panelstudie van andere onderzoekers leveren eenzelfde profiel op.

De door ons op een andere wijze dan in hoofdstuk 8 verrichte analyse van gezondheid, namelijk clusteranalyse, bevestigt de uitkomsten van de ANOVA analyse. Daarenboven hebben we gezien dat de duur van het niet werken én leeftijd verschillen in gezondheid mede blijken te verklaren. In hoeverre de duur van het niet werken een oorzaak is van een slechtere gezondheid komt in deel IV aan de orde. Vooruitlopend hierop wijzen we erop dat in hoofdstuk 5.3 (tabel 5.3) al naar voren kwam dat de totale populatie-uitval tussen 1981 en 1983 vanwege overlijden onder arbeidsongeschikten en vanwege ziekte onder vervroegd gepensioneerden relatief het grootst is.

Gelet op de door de overheid gehanteerde schatting van 50% verborgen werklozen onder de arbeidsongeschikten is het percentage gezonde arbeidsongeschikten van 17% opvallend laag.

Hoewel we ons percentage van 17 niet zonder meer gelijk mogen stellen aan het percentage "verborgen werklozen", komt dit getal redelijk overeen met de schatting van 15% verborgen werklozen van Hermans, Sas en Schaven (1986). Onze eerder uitgesproken veronderstelling dat het

merendeel van hen van jonge leeftijd zou zijn, blijkt niet juist.

Blijft nog de vraag open in hoeverre de door 17% der arbeidsongeschikten gerapporteerde "goede gezondheid" het gevolg is van het - ten gevolge van het wegvallen van betaalde arbeid - herstelde evenwicht draaglast-draagkracht. Vanuit dit gezichtspunt zou hun goede gezondheid een voorwaardelijk karakter hebben dat bestaat bij de gratie van het niet meer (hoeven) werken.

Daarenboven trof ons dat het percentage zieke werklozen hoger is dan het percentage gezonde arbeidsongeschikten: 27%.

Omdat werklozen in gezondheid met werkenden overeenkomen, kan het percentage van 27% zieke werklozen ons niet echt verbazen. Zoals zeer waarschijnlijk een aanzienlijk deel der zieke werkenden potentieel arbeidsongeschikt is, zo zou een aanzienlijk deel van de zieke werklozen "verborgen arbeidsongeschikt" kunnen zijn.

De kans op reïntegratie in het arbeidsproces van zieke werklozen zou nog wel eens kleiner kunnen zijn dan dat van arbeidsongeschikten, gelet op de maatregelen die voor de laatste groep wel (Nijhuis en Bullinga, 1987) en voor de eerste groep niet genomen zijn. We achten het zeer wel denkbaar dat zieke werklozen een grotere kans op reïntegratie hebben, zodra voor hen eenzelfde beleid gevolgd zou worden.

Voorzover er sprake is van maatschappelijke scheidslijnen in gezondheid blijkt een duidelijke intensieve scheidslijn tussen enerzijds arbeidsongeschikten en anderzijds werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden.

Wat betreft gezondheidsopvattingen is er nauwelijks sprake van maatschappelijke scheidslijnen. Het meest opvallend is nog de gedeeltelijke scheidslijn tussen arbeidsongeschikten en werkenden; arbeidsongeschikten hebben een lagere interne en een hogere externe oriëntatie dan werkenden.

Deel III: Leefwijze

- 12. Inleiding Deel III
- 13. Riskante Gewoonten en het Oordeel over de eigen Leefwijze
- 14. Participatie
- 15. Conclusies en Discussie

12. Inleiding Deel III

In dit gedeelte toetsen we de in het vierde hoofdstuk geformuleerde hypothesen over riskante gewoonten en participatie. In hoofdstuk 13 geven we de resultaten weer inzake gerapporteerde riskante gewoonten en het oordeel over de eigen leefwijze. Over het laatstgenoemde onderwerp hebben we geen hypothesen geformuleerd.

De resultaten inzake gerapporteerde participatie worden in hoofdstuk 14 weergegeven.

Conform deel II geven we ook hier gecorrigeerde cijfers, hetgeen inhoudt dat we de invloed van de achtergrondkenmerken en de duur van het niet werken uitgeschakeld hebben. Voor een uitgebreidere verantwoording hiervan verwijzen we naar deel I (5.4) en de inleiding van deel II.

Wellicht ten overvloede wijzen we erop dat de resultaten van dit deel en van deel IV uitsluitend berusten op de gegevens van Nederland Oké uit 1983.

13. Riskante Gewoonten en het Oordeel over de eigen leefwijze

13.1 Inleiding

Ook in dit hoofdstuk vergelijken we weer de drie categorieën niet werkende mannen onderling (13.2) én met werkende mannen (13.3). Deze vergelijkingen worden aan de hand van drie maten voor riskant gedrag gemaakt, te weten: ontbreken van regelmatige lichaamsbeweging, roken en gebruik van alcoholhoudende dranken. Daarnaast bespreken we het oordeel van de respondenten over hun leefwijze.

Ontbreken van lichaamsbeweging houdt in dat men rapporteert dat er geen sprake is van regelmatige lichaamsbeweging.

Aan het rookgedrag onderscheiden we twee aspecten, namelijk of men rookt en zo ja hoeveel per dag. Waar het de hoeveelheid betreft, hebben we alleen onder de sigaretten en shagrokers de aantallen vastgesteld. Het aantal pijp- en sigarenrokers was dermate klein dat we besloten hebben hiervan de hoeveelheid buiten beschouwing te laten. Het percentage rokers betreft alle mannen die roken, ongeacht de vraag wat zij roken.

We rapporteren eveneens over twee aspecten van het alcoholgebruik, namelijk of men alcoholhoudende dranken gebruikt en zo ja, hoeveel glazen per week.

Het oordeel over de eigen leefwijze werd door de ondervraagden gegeven aan de hand van een zeven puntsschaal, variërend van: 1 = zeer gezond, 2 = gezond, 3 = enigszins gezond, en zo verder tot 7 = zeer ongezond. We bespreken ook hier alléén de cijfers op basis van de vergelijking na correctie.

In paragraaf 13.4 geven we de conclusies weer op basis van de hypothesen. Voorts geven we in 13.5 een samenvatting van de bevindingen.

13.2 Een onderlinge vergelijking van niet werkenden naar riskante gewoonten en oordeel over de eigen leefwijze

In tabel 13.1 geven we een overzicht van de vergelijking van de drie categorieën niet werkenden.

Tabel 13.1 Arbeidsongeschikte, werkloze en vervroegd gepensioneerd mannen onderling vergeleken naar riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze (1983).

	AO (1) (N=155)	WW (2) (N=87)	VUT (3) (N=48)	toetsing verschillen
% ontbreken lichaamsbeweging	71	47	49	1≠2≠3** 2≠3**
% rokers	66	70	47	3≠1,2** 1=2
gemiddeld aantal sigaretten per dag (rokers)	18	15	21	3=1,2** 1≠2
% gebruikers alcoholhoudende dranken	76	85	86	2=1,3** 1≠3
gemiddeld aantal glazen per week (drinkers)	12	16	13	
oordeel over de eigen leefwijze ₁	enigszins gezond (2,7)	gezond (2,3)	gezond (2,1)	1≠2,3* 2=3

* : .05 < p < .10

** : .01 < p < .05

*** : p ≤ .01

1 : tweezijdig getoetst

Bij bestudering van tabel 13.1 kunnen we vaststellen dat:

- arbeidsongeschikten duidelijk minder regelmatig lichaamsbeweging hebben dan werklozen en vervroegd gepensioneerd: 71% versus 47% en 49%; werklozen en vervroegd gepensioneerd verschillen eveneens onderling;
- van de arbeidsongeschikten en werklozen een aanzienlijk groter aantal rookt dan van de vervroegd gepensioneerd (66% en 70% versus 47%). Arbeidsongeschikten en werklozen verschillen niet;
- rokers onder vervroegd gepensioneerd niet verschillen van de overige twee categorieën in de hoeveelheid sigaretten per dag. Arbeidsongeschikte rokers roken wel meer sigaretten dan rokende werklozen;

- werklozen niet van de overige twee categorieën verschillen in het percentage dat alcoholhoudende dranken gebruikt. Van de arbeidsongeschikten drinkt een kleiner gedeelte alcoholhoudende dranken dan van de vervroegd gepensioneerden (76% versus 86%);
- de "drinkers" onder de drie categorieën verschillen onderling niet in het aantal glazen per week;
- arbeidsongeschikten een minder positief oordeel over de eigen leefwijze hebben dan de overige twee categorieën (enigszins gezond versus gezond); werklozen en vervroegd gepensioneerden komen onderling overeen.

13.3 Een vergelijking naar riskante gewoonten en oordeel over de eigen leefwijze van werkenden en niet werkenden

In deze paragraaf vergelijken we werkenden met arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden (Tabel 13.2).

Tabel 13.2 Verschillen/overeenkomsten in riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze tussen werkende (N=412) en niet werkende mannen. (1983)

	werkenden vergeleken met		
	AO	WW	VUT
% ontbreken lichaamsbeweging	mi **	0	0
% rokers	mi **	0	me **
gemiddeld aantal sigaretten per dag (rokers)	0	0	0
% gebruikers alcoholhoudende dranken	me ***	0	0
gemiddeld aantal glazen per week (drinkers)	0	mi **	0
negatief oordeel over de eigen leefwijze	0	me **	me **

* : $.05 < p < .10$

** : $.01 < p < .05$

*** : $p \leq .01$

l: tweezijdig getoetst

0 = geen verschil mi = minder dan

me = meer dan

Globaal bezien valt op dat werkenden zich gedeeltelijk in riskante gewoonten onderscheiden van arbeidsongeschikten en nauwelijks verschillen van werklozen en vervroegd gepensioneerden. Wat betreft het oordeel over de eigen leefwijze verschillen werkenden zowel van werklozen als vervroegd gepensioneerden. Wanneer we per variabele werkenden met arbeidsongeschikten vergelijken, zien we het volgende:

- een groter gedeelte van de werkenden heeft regelmatig lichaamsbeweging (49% versus 38% voor de totale categorie);
- van de werkenden blijkt een kleiner percentage te roken (59% versus 67%); wanneer we het aantal sigaretten van de rokers bekijken, blijkt er geen onderling verschil te zijn;
- een groter gedeelte van de werkenden gebruikt alcoholische dranken (89% versus 79%). De "drinkers" onder de werkenden gebruiken evenveel glazen alcoholhoudende dranken per week als de drinkende arbeidsongeschikten (respectievelijk 12,8 en 13,3 glazen);
- in het oordeel over de eigen leefwijze vinden we geen verschil.

Vergelijken we werkenden met werklozen, dan blijkt dat werkenden:

- overeenkomen in het percentage bij wie regelmatige lichaamsbeweging ontbreekt (47% resp. 45%);
- eenzelfde percentage rokers hebben (54% resp. 64%), met een gelijk gemiddeld aantal sigaretten (17 resp. 16) per dag per roker;
- een gelijk percentage gebruikers van alcoholhoudende dranken hebben (90% resp. 89%); werkenden drinken gemiddeld echter minder glazen per week (13,4 versus 18,4);
- een negatiever oordeel over de eigen leefwijze hebben (2,7 versus 2,4).

Vergelijken we tot slot werkenden met vervroegd gepensioneerden dan zien we het volgende:

- het percentage werkenden dat niet aan lichaamsbeweging doet verschilt niet (49% resp. 39%);
- in de categorie werkenden is het percentage rokers hoger (59% versus 42%). Het gemiddeld aantal sigaretten onder de rokers is gelijk (17 resp. 18);
- zowel in het percentage gebruikers van alcoholhoudende dranken (90% resp. 93%) als in het gemiddeld aantal glazen per week onder de

drinkers (12 resp. 11) komen werkenden en vervroegd gepensioneerden overeen;

- werkenden blijken een negatiever oordeel over de eigen gezondheid te hebben (2,7 versus 2,3).

13.4 Conclusies

Ook hier zullen we omwille van de overzichtelijkheid de hypothesen herhalen, achtereenvolgens voor de vergelijkingen tussen niet werkenden onderling en tussen niet werkenden en werkenden.

Set 1. Niet werkenden onderling.

hypothese	opmerkingen/
bevestigd	bijzonderheden

1.1 Arbeidsongeschikten vertonen

- | | | |
|--|-----------------|---|
| a. minder riskante gewoonten dan werklozen | neen | <ul style="list-style-type: none"> - gedeeltelijk meer (ontbreken lichaamsbeweging; sigaretten roken) - gedeeltelijk evenveel (overige variabelen) |
| b. meer riskante gewoonten dan vervroegd gepensioneerden | gedeeltelijk ja | <ul style="list-style-type: none"> - gedeeltelijk meer (ontbreken lichaamsbeweging;percentage rokers) - gedeeltelijk hetzelfde (aantal sigaretten en alcohol houdende dranken) - gedeeltelijk minder (percentage gebruikers alcoholhoudende dranken) |

1.2 Werklozen hebben meer riskante gewoonten dan vervroegd gepensioneerden

- | | |
|------|--|
| neen | <ul style="list-style-type: none"> overwegend geen verschillen, uitgezonderd - percentage zonder lichaamsbeweging (lager) - percentage rokers (hoger) |
|------|--|

Onze hypothesen worden overwegend verworpen; arbeidsongeschikten hebben eerder meer dan minder riskante gewoonten dan werklozen, zij hebben slechts gedeeltelijk meer riskante gewoonten dan vervroegd gepensioneerden. Werklozen blijken op hun beurt niet opvallend te verschillen van vervroegd gepensioneerden.

Voorts valt op dat arbeidsongeschikten een minder positief oordeel over de eigen leefwijze hebben dan werklozen en vervroegd gepensioneerden.

Set 2. Niet werkenden en werkenden.

	hypothese	opmerkingen/
	bevestigd	bijzonderheden
2.1a Arbeidsongeschikten hebben meer riskante gewoonten dan werkenden	gedeelte- lijk ja	- uitgezonderd aantal sigaretten en aantal glazen alcoholhoudende dranken (evenveel) - uitgezonderd percentage gebruikers alcoholhoudende dranken (minder)
2.1b Werklozen hebben meer riskante gewoonten dan werkenden	neen	uitgezonderd aantal glazen alcoholhoudende dranken (meer)
2.2 Vervroegd gepensioneerden komen met werkenden overeen in riskante gewoonten	grooten- deels ja	uitgezonderd percentage rokers (minder)

Onze hypothesen worden gedeeltelijk bevestigd waar het arbeidsongeschikten en verworpen waar het werklozen in vergelijking met de werkenden betreft. Dat werklozen overwegend niet verschillen van werkenden hadden we geenszins verwacht. Vervroegd gepensioneerden komen overwegend met werkenden overeen.

Hoewel we geen hypothesen geformuleerd hebben over het oordeel over de

eigen leefwijze, achten wij het opvallend dat arbeidsongeschikten en werkenden hierin niet verschillen, terwijl werklozen en vervroegd gepensioneerden wel van werkenden verschillen door een positiever oordeel.

13.5 Samenvatting

- Uit de onderlinge vergelijking van de niet werkenden blijkt dat alle drie categorieën op één aspect onderling verschillen: het percentage dat geen lichaamsbeweging heeft. Onder arbeidsongeschikten vinden we het kleinste en onder werklozen het grootste percentage mannen dat regelmatig lichaamsbeweging heeft.

Rokende arbeidsongeschikten roken voorts meer sigaretten dan werklozen, komen met vervroegd gepensioneerden hierin overeen en verschillen van vervroegd gepensioneerden door een lager percentage gebruikers van alcoholhoudende dranken. Vervroegd gepensioneerden en werklozen verschillen op deze laatste drie aspecten onderling niet. Vervroegd gepensioneerden onderscheiden zich van de andere twee categorieën alleen in het percentage rokers, dat bij hen het laagst is. Hierin verschillen arbeidsongeschikten en werklozen niet. Onder de drinkers blijken geen verschillen te bestaan tussen de drie categorieën in het aantal glazen alcoholhoudende dranken per week. Arbeidsongeschikten blijken het minst positieve oordeel over de eigen leefwijze te hebben, terwijl werklozen en vervroegd gepensioneerden niet verschillen.

- Bij de vergelijking van werkenden met arbeidsongeschikten blijkt dat werkenden zich drie keer wél (groter percentage met lichaamsbeweging, kleiner percentage rokers en groter percentage gebruikers alcoholhoudende dranken) en twee keer niet (aantal sigaretten en alcoholhoudende dranken) onderscheiden naar riskante gewoonten. In het oordeel over hun leefwijze verschillen zij niet.

Bij vergelijking van de werkenden met werklozen, blijkt dat werkenden op één aspect minder riskante gewoonten hebben. Op de overige vier aspecten blijken er geen verschillen te zijn. Opvallend is het minder positieve oordeel over de eigen leefwijze van werkenden.

In de vergelijking van werkenden met vervroegd gepensioneerden,

blijken werkenden zich op één van de vijf riskante gewoonten te onderscheiden, namelijk een groter percentage rokers. Vergeleken met vervroegd gepensioneerden hebben werkenden een negatiever oordeel over de eigen leefwijze.

- Werkenden onderscheiden zich vooral van arbeidsongeschikten (met gedeeltelijk minder en gedeeltelijk meer riskante gewoonten), in mindere mate van werklozen (met minder riskante gewoonten) en het minst (met meer riskante gewoonten) van vervroegd gepensioneerden. Opvallend is dat het oordeel over de eigen leefwijze van werkenden niet verschilt van dat van arbeidsongeschikten, terwijl werkenden in vergelijking met werklozen en vervroegd gepensioneerden een negatiever oordeel over de leefwijze hebben.

14. Participatie

14.1 Inleiding

Analoog aan de opzet van het voorgaande hoofdstuk behandelen we de resultaten van de analyse van participatie. In hoofdstuk 5 is deze term inhoudelijk aan de orde gesteld. In het kort zullen we deze uiteenzetting hier nog even samenvatten.

We beginnen met een omschrijving van de verschillende variabelen waarmee we participatie gemeten hebben.

- sociale contacten gemeten met de frequentie van contacten met vrienden/kennissen, familie en (ex-)collega's. De in de tabellen vermelde getallen verwijzen naar vijf scores: 1 = elke dag, 2 = een paar keer per week, 3 = één keer per week, 4 = een paar keer per maand en 5 = minder vaak.

Voor de omgang met (ex-)collega's hebben we ook het percentage mannen dat contacten onderhoudt per categorie berekend.

- participatie in verenigingen/clubs, gemeten met het percentage dat lid hiervan is én de tijdsbesteding (van de verenigingsleden) in uren per week.
- identificatie met het politieke bestel, gemeten met het al dan niet stemmen bij verkiezingen.
- identificatie met kerkgenootschappen, gemeten met het al dan niet lid zijn van enig(e) kerkgenootschap, sekte of organisatie van levensbeschouwelijke aard.

Ook hier zullen we steeds bekijken of er sprake is van verschillen tussen de niet werkenden onderling (14.2) én tussen de successievelijke categorieën niet werkenden en werkenden (14.3). Zoals eerder, laten we ons ook hier leiden door de resultaten na correctie.

In paragraaf 14.4 geven we de conclusies op basis van de hypothese weer. De samenvatting komt in 14.5 aan de orde.

14.2 Een onderlinge vergelijking van niet werkenden naar participatie

In onderstaande tabel volgt een overzicht van de genoemde vier onderwerpen, waarvan de eerste twee (sociale contacten en participatie verenigingen/clubs) naar een aantal aspecten geconcretiseerd zijn.

Tabel 14.1 Arbeidsongeschikte, werkloze en vervroegd gepensioneerde mannen onderling vergeleken naar participatie (1983).

	AO (1) (N=155)	werklozen (2) (N=87)	VUT (3) (N=48)	toetsing verschillen
Sociale contacten				
- frequentie omgang vrienden/kennissen	2,7	3,0	3,0	
- frequentie omgang familie	2,6	2,6	2,9	
- % omgang (ex)-collega's	29	25	41	
- frequentie omgang (ex-)collega's	4,4	4,5	4,3	
Participatie verenigingen/clubs				
- % lidmaatschap	31	36	39	
- tijdsbesteding uren per week (leden)	6,8	6,8	4,7	1=2,3** 2≠3
% Stemmers bij verkiezingen	69	59	58	
% Lidmaatschap kerkgenootschap/levensbeschouwelijke organisaties	91	80	89	3=1,2** 1≠2

** = .01 < p < .05

*** = p < .01

Tabel 14.1 laat zien dat:

- de drie categorieën eenzelfde gedrag vertonen met betrekking tot sociale contacten met vrienden/kennissen, familie en (ex-)collega's;
- het percentage per categorie dat lid is van verenigingen/clubs onderling niet verschilt. Wél zien we dat vervroegd gepensioneerden minder uren per week aan clubs/verenigingen besteden. Zij blijken echter alleen van werklozen te verschillen (4,7 versus 6,8). Arbeidsongeschikten en werklozen verschillen echter niet;
- het percentage stemmers bij verkiezingen verschilt niet;
- arbeidsongeschikten relatief vaker lid zijn van een kerkgenootschap.

Zij blijken in dit opzicht alleen te verschillen van werklozen (91% versus 80%). Vervroegd gepensioneerden komen weer met arbeidsongeschikten en werklozen overeen.

De conclusie luidt dat de niet werkenden onderling op zes van de acht aspecten van participatie overeenkomen. Verschillen vinden we alleen bij uren tijdsbesteding per week aan verenigingen en het percentage dat lid is van een kerkgenootschap.

14.3 Een vergelijking naar participatie van werkenden en niet werkenden

In deze paragraaf geven we een overzicht van de statistische bewerkingen van de vergelijking tussen arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden enerzijds en werkenden anderzijds (Tabel 13.2).

Tabel 14.2 Verschillen/overeenkomsten in participatie tussen werkende (N=412) en niet werkende mannen (1983).

	werkenden vergeleken met:		
	AO	WW	VUT
Sociale contacten			
- frequentie omgang vrienden/kennissen	mi ***	0	0
- frequentie omgang familie	mi **	0	0
- % omgang (ex)-collega's	me ***	me ***	me ***
- frequentie omgang (ex-)collega's	0	0	0
Participatie verenigingen/clubs			
- % lidmaatschap	me **	me *	0
- tijdsbesteding uren per week (leden)	mi **	0	0
% Stemmers bij verkiezingen	me **	me **	0
% Lidmaatschap kerkgenootschap/levensbeschouwelijke organisaties	0	0	0

* : $.05 < p \leq .10$

** : $.01 < p \leq .05$

*** : $p \leq .01$

0 = geen verschil mi = minder dan me = meer dan

Globaal bezien valt op dat werkenden het meest van arbeidsongeschikten en het minst van vervroegd gepensioneerden verschillen.

Wanneer we per variabele en per categorie niet werkenden de resultaten in ogenschouw nemen zien we bij werkenden in vergelijking met arbeidsongeschikten:

- minder contacten met vrienden/kennissen (3,2 versus 2,7);
- minder contacten met familie (3,0 versus 2,6);
- een groter percentage dat omgang heeft met (ex-)collega's (91% versus 26%); onder degenen die contacten hebben vinden we bij vergelijking van beide categorieën een even frequent contact met (ex-)collega's (4,3);
- een hoger percentage dat lid is van een vereniging of club (49% versus 37%); voor zover men lid is vinden we voor de werkenden een geringer aantal bestede uren per week aan vereniging of club (4,6 versus 6,7 uren);
- een hoger percentage dat bij verkiezingen zijn stem uitbrengt (94% versus 89%);
- geen verschil in het percentage dat lid is van een kerkgenootschap.

Werkenden blijken niet zelden te verschillen van werklozen. We zien:

- geen verschil in contactfrequentie met vrienden/kennissen (3,1 versus 2,9);
- eveneens geen verschil in contactfrequentie met familie (2,9 versus 2,7);
- een aanzienlijk hoger percentage dat contacten onderhoudt met (ex-)collega's (91% versus 29%); werkenden en werklozen die omgang hebben met (ex-)collega's, doen dat in gelijke mate (4,3 versus 4,3).
- een hoger percentage dat lid is van verenigingen of clubs (50% versus 38%); in tijdsbesteding van de leden vinden we geen verschil van betekenis (4,5 en 5,7 uren per week);
- een aanzienlijk hoger percentage dat bij verkiezingen zijn stem uitbrengt (94% versus 78%);
- geen verschil in het percentage dat lid is van een kerkgenootschap (57% versus 56%).

Werkenden en vervroegd gepensioneerden komen vrijwel overeen in participatie. Onderlinge vergelijking leert ons dat er geen verschillen bestaan ten aanzien van:

- contactfrequentie met vrienden/kennissen (3,1 versus 3,0);
- contactfrequentie met familie (3,0 versus 2,6);
- contactfrequentie met (ex-)collega's voor zover men met hen omgaat buiten het (vroegere) werk (4,3 versus 4,4);
- het percentage dat lid is van verenigingen/clubs (50% versus 42%);
- tijdsbesteding aan verenigingen (4,5 versus 5,6);
- het percentage stemmers bij verkiezingen (95% versus 96%);
- het percentage dat lid is van enig kerkgenootschap of organisatie van levensbeschouwelijke grondslag (58% versus 54%).

Het enige verschil betreft het percentage dat contacten met (ex-)collega's onderhoudt (89% versus 49%).

14.4 Conclusies

Achtereenvolgens geven we de conclusies op basis van de hypothesen weer voor de vergelijkingen tussen niet werkenden onderling en tussen niet werkenden en werkenden.

Set 1 Niet werkenden onderling

	Hypothese bevestigd	Opmerkingen/ bijzonderheden
1.1 Arbeidsongeschikten hebben vergeleken met werklozen een hogere participatiegraad	neen	verschillen niet; uitgezonderd het percentage dat lid is van enig kerkgenootschap (arbeidsongeschikten blijken vaker lid)
1.2 Arbeidsongeschikten hebben vergeleken met vervroegd gepensioneerden een lagere participatiegraad	neen	verschillen niet
1.3 Werklozen hebben vergeleken met vervroegd gepensioneerden een lagere participatiegraad	neen	verschillen niet; uitgezonderd tijdsbesteding verenigingen (werklozen hebben hogere participatiegraad)

Onze hypothesen worden verworpen: de drie categorieën niet werkenden blijken onderling overwegend niet te verschillen in de mate waarin zij participeren.

Set 2 Niet werkenden en werkenden

	Hypothese	Opmerkingen/ bevestigd	Opmerkingen/ bijzonderheden
2.1a Arbeidsongeschikten hebben een lagere participatiegraad dan werkenden	gedeelte- lijk ja	geldt voor: - % contacten met (ex)-collega's - % lidmaatschap verenigingen en stemmers bij verkiezingen	
	gedeelte- lijk neen	- meer contacten met vrienden en familie, tijdsbesteding clubs	
2.1b Werklozen hebben een lagere participatiegraad dan werkenden	grotendeels neen gedeelte- lijk ja	- % contacten met (ex)-collega's - % lidmaatschap verenigingen - % stemmers bij verkiezingen	
2.1c Vervroegd gepensioneerden hebben eenzelfde participatiegraad als werkenden	ja	uitgezonderd % omgang met (ex-)collega's	

14.5 Samenvatting

Op het merendeel der onderscheiden aspecten komen de arbeidsongeschikte, werkloze en vervroegd gepensioneerde mannen onderling overeen. Op geen enkel aspect verschillen de categorieën alle drie van elkaar.

Op twee van de acht aspecten vinden we verschillen: het aantal uren dat leden van verenigingen per week aan hun vereniging besteden (vervroegd gepensioneerden besteden minder uren dan werklozen), en het percentage dat aangesloten is bij een kerkgenootschap of organisatie op levensbeschouwelijke grondslag (onder arbeidsongeschikten is een groter gedeelte lid dan onder werklozen).

Werkenden blijken op twee van de acht aspecten met arbeidsongeschikten overeen te komen, op drie aspecten is de participatie minder en eveneens op drie meer.

Werkenden blijken op vijf van de acht aspecten met werklozen overeen te komen en op drie aspecten blijkt de participatie van werkenden groter. De verschillen tussen werkenden en werklozen wijzen in de richting van een hogere participatie van werkenden.

Wanneer we de drie vergelijkingen naast elkaar leggen, springen de vervroegd gepensioneerden duidelijk in het oog: uitgezonderd het percentage omgang met (ex-)collega's komen zij met werkenden geheel overeen.

Concluderend: werkenden komen het meest overeen met vervroegd gepensioneerden, en het minst met arbeidsongeschikten, terwijl werklozen een middenpositie innemen.

15. Conclusies en Discussie

In tegenstelling tot onze verwachting blijken arbeidsongeschikten (iets) meer riskante gewoonten te hebben dan werklozen en vervroegd gepensioneerden. We achten het opvallend dat arbeidsongeschikten eerder méér dan minder riskante gewoonten hebben dan werkenden. Gelet op hun slechte gezondheid hadden we verwacht dat zij eerder minder dan meer riskante gewoonten dan werklozen zouden hebben. Arbeidsongeschikten blijken niet alleen een risicogroep vanwege hun slechte gezondheid, maar ook vanwege hun ten dele méér riskante gewoonten (percentage rokers en percentage bij wie regelmatig lichaamsbeweging ontbreekt). Niettemin vinden we onder arbeidsongeschikten een lager percentage gebruikers van alcoholhoudende dranken dan onder werkenden, hoewel de "drinkers" onder hen evenveel glazen tot zich nemen als de "drinkers" onder de werkenden. De bevinding dat arbeidsongeschikten méér riskante gewoonten hebben dan vervroegd gepensioneerden komt met onze verwachting overeen, hoewel wij een groter verschil veronderstelden.

Vergeleken met werkenden verschillen werklozen en vervroegd gepensioneerden nauwelijks; onder werklozen hadden we méér riskante gewoonten dan onder werkenden verwacht.

Dat arbeidsongeschikten hun leefwijze als minder gezond beoordelen dan de andere twee categorieën niet werkenden, behoeft ons nu niet meer te verbazen, gezien hun riskante gewoonten.

De overeenkomst van werkenden en arbeidsongeschikten in de beoordeling van de eigen leefwijze lijkt derhalve niet herleid te kunnen worden tot eenzelfde profiel inzake riskante gewoonten. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat het verschil in wel en geen betaalde arbeid verrichten hieraan tenminste mede debet is. In dat geval zouden werkenden en werklozen ook moeten verschillen; dit blijkt echter niet het

geval. We gaan we er daarom vanuit dat onder niet werkenden het oordeel over de eigen leefwijze met gezondheid en riskante gewoonten samenhangt, terwijl onder werkenden het oordeel over de eigen leefwijze met het verrichten van betaalde arbeid samenhangt.

Tot zover de riskante gewoonten als één aspect van de leefwijze.

Wat betreft participatie zijn de onderlinge verschillen minder groot dan wat betreft riskante gewoonten: de drie categorieën niet werkenden komen overwegend onderling overeen. Het enige opvallend onderscheid is dat onder werklozen een kleiner percentage lid is van kerkgenootschappen dan onder arbeidsongeschikten. Wanneer we niet werkenden met werkenden vergelijken valt op dat vervroegd gepensioneerden vrijwel geheel, werklozen gedeeltelijk en arbeidsongeschikten in beperkte mate met werkenden overeenkomen. Binnen alle drie categorieën onderhoudt een kleiner percentage contacten met (ex-)collega's dan onder werkenden. Deze bevinding zal niemand verbazen. Opvallend is dat onder arbeidsongeschikten en werklozen vergeleken met werkenden een kleiner percentage lid is van verenigingen/clubs en een kleiner percentage bij verkiezingen hun stem uitbrengt. Even opvallend is dat arbeidsongeschikten vergeleken met werkenden niet minder frequent meer juist frequenter contacten onderhouden met vrienden/kennissen en familie én meer uren besteden aan verenigingen en clubs.

Gelet op het onderscheiden profiel van arbeidsongeschikten en werklozen in relatie tot werkenden mogen we aannemen dat de oorzaak van het niet werken (ongezondheid versus ontbreken van betaalde arbeid) onderscheiden consequenties heeft voor participatie. Gedwongen niet werken, dat voor beide categorieën geldt, kan kennelijk wel tot politieke apathie (niet stemmen) leiden en het minder vaak lid zijn van verenigingen.

Wanneer we letten op contacten met mensen uit de directe omgeving (vrienden/kennissen, familie) verschillen werklozen niet van werkenden, terwijl arbeidsongeschikten zelfs frequenter contact hebben dan werkenden.

Voorzover er sprake is van maatschappelijke scheidslijnen in participatie bestaat er een gedeeltelijke scheidslijn tussen enerzijds ar-

beidsongeschikten en werklozen en anderzijds werkenden en vervroegd gepensioneerden.

Wat betreft riskante gewoonten loopt de voornaamste gedeeltelijke scheidslijn tussen enerzijds arbeidsongeschikten en anderzijds werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden.

Deel IV: De Duur van het Niet Werken

- 16. Inleiding Deel IV
- 17. Een Tranversale Analyse
- 18. Een Longitudinale Analyse
- 19. Conclusies en Discussie

16. Inleiding Deel IV

In dit deel zullen we uitsluitsel geven over de samenhang tussen de duur van het niet werken en bovengenoemde onderwerpen. We volgen hier toe twee wegen. De eerste betreft een transversale analyse door langdurig en kortdurig niet werkenden met elkaar te vergelijken (hoofdstuk 17). Zo we verschillen vinden, is nog geenszins duidelijk of deze verschillen verklaard kunnen worden vanuit een selectie-effect dan wel een causaal effect. Wanneer bijvoorbeeld uit de transversale analyse blijkt dat langdurig niet werkenden een slechtere gezondheid hebben dan kortdurig niet werkenden kan dit het gevolg zijn van het feit dat degenen met een goede gezondheid wél en met een minder goede gezondheid géén werk hebben kunnen vinden (selectie-effect). Het is eveneens mogelijk dat het verschil in gezondheid het gevolg is van een negatieve invloed van de duur van het niet werken op gezondheid (causaal effect). Zo dit laatste het geval is moet dit uit een longitudinale analyse naar voren komen. Het is uiteraard eveneens mogelijk dat er zowel sprake is van een selectie-effect als van een causaal effect. De resultaten van deze analyse worden in hoofdstuk 18 gerapporteerd.

De analyses zijn op dusdanige wijze uitgevoerd dat in geval van transversale analyses de invloed van achtergrondkenmerken uitgeschakeld is met behulp van ANOVA. Bij de longitudinale analyses hebben we de invloed van de achtergrondkenmerken uitgeschakeld door precisie-matching van niet werkenden met werkenden. Meer informatie hierover wordt in de inleidingen van de afzonderlijke hoofdstukken gegeven, alsmede in hoofdstuk 5.

In de afsluiting van de afzonderlijke hoofdstukken geven we de conclusies en de samenvatting weer.

In hoofdstuk 19 zetten we de conclusies van de transversale en longi-

tudinale analyses naast elkaar. Omdat we niet alle hypothesen transversaal én longitudinaal hebben kunnen toetsen, zoals die over de beheersingsoriëntatie, kunnen we soms geen uitsluitel geven over de richting van de relaties.

Tot slot wijzen we erop dat vervroegd gepensioneerden wel transversaal maar niet longitudinaal geanalyseerd zijn. Het aantal gematchte vervroegd gepensioneerden dat na matching overbleef (8) bleek dusdanig klein dat we hiervan afgezien hebben.

17. Een Tranversale Analyse

17.1 Inleiding

De vraag die hier centraal staat is of langdurig en kortdurig niet werkenden onderling verschillen op de eerder besproken variabelen.

We houden de volgorde aan zoals deze in de voorgaande hoofdstukken aan bod gekomen is: gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie. Per onderwerp komen de arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden apart aan de orde.

Per tabel zullen we daarom steeds voor elke categorie afzonderlijk de langdurig met de kortdurig niet werkenden vergelijken. De verdeling van de aantallen respondenten over de rubrieken lang- en kortdurig niet werkend is overeenkomstig die welke in hoofdstuk 5 aangegeven werd.

Om uit te sluiten dat eventuele verschillen (mede) samenhangen met leeftijd, burgerlijke staat en sociaal-economische klasse, zullen we steeds voor deze variabelen corrigeren.

In de tabellen geven we per variabele aan of er sprake is van overeenkomst of verschil; het verschil zullen we uitdrukken in de termen "minder" of "meer".

17.2 Gezondheid en gezondheidsopvattingen

17.2.1 Gezondheid

In tabel 17.1 komt naar voren dat er sprake is van twee verschillen; beide betreffen het percentage chronische aandoeningen.

Zowel langdurig arbeidsongeschikten als werklozen rapporteren een hoger percentage chronische aandoeningen dan kortdurig niet werkenden; respectievelijk 76% versus 60% en 31% versus 11%.

De lang- en kortdurig vervroegd gepensioneerden verschillen onderling niet.

Tabel 17.1 Verschillen en overeenkomsten in gezondheid tussen lang- en kortdurig niet werkende mannen (1983).

	Langdurig niet werkenden vergeleken met kortdurig niet werkenden		
	AO	WW	VUT
% chronische aandoeningen	me **	me **	0
doktersbezoek afgelopen jaar - frequentie -	0	0	0
score lichamelijke klachten	0	0	0
beoordeling eigen gezondheid	0	0	0
medicijngebruik op eigen initiatief			
- % gebruikers	0	0	0
- aantal medicijnen	0	0	0
zorgen eigen gezondheid	0	0	0

** : $.01 < p \leq .05$

*** : $p \leq .01$

0 = geen significant verschil mi = minder dan me = meer dan

17.2.2 Gezondheidsopvattingen

Uit tabel 17.2 blijkt dat er nauwelijks sprake van verschillen is in gezondheidsopvattingen tussen lang- en kortdurig niet werkenden. Het enige verschil betreft de arbeidsongeschikten: langdurig arbeidsongeschikten zijn meer toeval- of kansgeoriënteerd dan kortdurig arbeidsongeschikten (20,7 versus 18,5).

Tabel 17.2 Verschillen en overeenkomsten in gezondheidsopvattingen tussen lang- en kortdurig niet werkende mannen (1983).

	Langdurig niet werkenden vergeleken met kortdurig niet werkenden		
	AO	WW	VUT
belang gezondheid	0	0	0
beheersingsoriëntatie			
- interne beheersing	0	0	0
- machtige anderen	0 *	0	0
- toeval	me *	0	0

* : $.05 < p \leq .10$

** : $.01 < p \leq .05$

*** : $p \leq .01$

0 = geen significant verschil mi = minder dan me = meer dan

17.3 Riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze

In de volgende tabel vergelijken we wederom, per categorie, de lang- en kortdurig niet werkenden.

Tabel 17.3 Verschillen en overeenkomsten in riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze tussen lang- en kortdurig niet werkende mannen (1983).

	Langdurig niet werkenden vergeleken met kortdurig niet werkenden		
	AO	WW	VUT
% ontbreken lichaamsbeweging	0	0	me *
roken			
- % rokers	me **	me **	0
- aantal sigaretten per dag (rokers)	0	0	0
alcoholgebruik			
- % gebruikers	0	0	0
- aantal glazen per week (drinkers)	0	0	0
negatief oordeel over eigen leefwijze	0	me **	0

** : $.01 < p < .05$

*** : $p < .01$

0 = geen significant verschil mi = minder dan me = meer dan

Terzake van riskante gewoonten en het oordeel over de eigen leefwijze komen langdurig niet werkenden overwegend overeen met kortdurig niet werkenden. De vier verschillen die we vinden zijn verdeeld over de drie categorieën:

- onder langdurig vervroegd gepensioneerden vinden we een hoger percentage mannen bij wie regelmatige lichaamsbeweging ontbreekt (65% versus 38%);
- onder langdurig werklozen en arbeidsongeschikten blijkt een hoger percentage te roken (respectievelijk 71% versus 57% en 86% versus 62%);
- langdurig werklozen blijken een negatiever oordeel over de eigen leefwijze te hebben.

17.4 Participatie

Evenals in de vorige tabellen geven we ook nu de verschillen tussen de lang- en kortdurig niet werkenden. Zo er verschillen zijn vermelden we de richting van de verschillen.

We vinden alleen significante verschillen onder arbeidsongeschikten en werklozen:

- onder langdurig arbeidsongeschikten gaat een kleiner percentage nog met (ex-)collega's om (21% versus 42%);
- langdurig werklozen gaan minder frequent met familieleden om (2,6 versus 2,8);
- onder langdurig werklozen brengt een kleiner gedeelte zijn stem uit bij verkiezingen (58% versus 82%).

Tabel 17.4 Verschillen en overeenkomsten in participatie tussen lang- en kortdurig niet werkende mannen (1983).

	Langdurig niet werkenden vergeleken met kortdurig niet werkenden		
	AO	WW	VUT
Sociale contacten			
- frequentie omgang vrienden/kennissen	0	0	0
- frequentie omgang familie	0	mi**	0
- % omgang (ex-)collega's	mi***	0	0
- frequentie omgang (ex-)collega's	0	0	0
Participatie verenigingen/clubs			
- % lidmaatschap	0	0	0
- tijdsbesteding uren per week (leden)	0	0	0
% Stemmers bij verkiezingen	0	mi**	0
% Lidmaatschap kerk-genootschap/levensbeschouwelijke organisaties	0	0	0

** : $.01 < p \leq .05$

*** : $p \leq .01$

0 = geen significant verschil mi = minder dan me = meer dan

17.5 Conclusies.

Achtereenvolgens geven we de conclusies op basis van de hypothesen weer voor de vergelijkingen tussen de lang- en kortdurig niet werkenden.

1	Gerapporteerde gezondheid	Hypothese	Opmerkingen/ bevestigd bijzonderheden
1.1	Langdurig arbeidsongeschikten hebben vergeleken met kort- durig arbeidsongeschikten:		
a	een slechtere subjectieve gezondheid	neen	
b	een slechtere objectieve gezondheid	gedeelte- lijk	- % chronische aandoe- ningen: ja - doktersbezoek: neen
1.2	Langdurig werklozen hebben vergeleken met kortdurig werklozen:		
a	een slechtere subjectieve gezondheid	neen	
b	een slechtere objectieve gezondheid	gedeelte- lijk	- % chronische aandoe- ningen: ja - doktersbezoek: neen
1.3	Langdurig vervroegd gepensio- neerden hebben vergeleken met kortdurig vervroegd gepensioneerden:		
a	eenzelfde subjectieve gezondheid	ja	
b	eenzelfde objectieve gezondheid	ja	

Onze hypothesen inzake arbeidsongeschikten en werklozen blijken gedeeltelijk verworpen te worden wat betreft de objectieve gezondheid; ze worden geheel verworpen wat betreft de subjectieve gezondheid. Die met betrekking tot vervroegd gepensioneerden worden bevestigd.

Het percentage chronische aandoeningen is de enige variabele waarop langdurig arbeidsongeschikten en werklozen verschillen van de respectievelijke kortdurig niet werkenden: langdurig (gedwongen) niet werkenden omvatten een hoger percentage mensen met chronische aandoeningen dan kortdurig (gedwongen) niet werkenden.

2	Gezondheidsopvattingen	Hypothese	Opmerkingen/ bevestigd	Bijzonderheden
2.1	Belang gezondheid			
a	Langdurig arbeidsongeschikten achten gezondheid belangrijker dan kortdurig arbeidsongeschikten	neen	verschillen niet	
b	Langdurig werklozen achten gezondheid belangrijker dan kortdurig werklozen	neen	verschillen niet	
c	Langdurig vervroegd gepensioneerden komen overeen met kortdurig vervroegd gepensioneerden	ja		
2.2	Interne beheersingsoriëntatie			
a	Langdurig arbeidsongeschikten hebben een lagere beheersingsoriëntatie dan kortdurig arbeidsongeschikten	neen	verschillen niet	
b	Langdurig werklozen hebben een lagere beheersingsoriëntatie dan kortdurig arbeidsongeschikten	neen	verschillen niet	
c	Langdurig vervroegd gepensioneerden komen overeen met kortdurig vervroegd gepensioneerden	ja		

2.3 Externe beheersingsoriëntatie

- | | | | |
|---|--|------|------------------|
| a | Langdurig arbeidsongeschikten hebben een hogere externe oriëntatie dan kortdurig arbeidsongeschikten | neen | verschillen niet |
| b | Langdurig werklozen hebben een hogere externe oriëntatie dan kortdurig werklozen | neen | verschillen niet |
| c | Langdurig vervroegd gepensioneerd komen met kortdurig vervroegd gepensioneerd overeen | ja | |

Onze hypothesen inzake arbeidsongeschikten en werklozen worden geheel verworpen. Die inzake vervroegd gepensioneerd worden bevestigd. Het enige verschil dat we exploratief gevonden hebben betreft de toevals- of kansoriëntatie: langdurig arbeidsongeschikten zijn méér toeval- of kansgeoriënteerd dan kortdurig arbeidsongeschikten.

- | | | | |
|-----|--|------------------------|--|
| 3. | Riskante gewoonten | Hypothese
bevestigd | Opmerkingen/
bijzonderheden |
| 3.1 | Langdurig arbeidsongeschikten hebben méér riskante gewoonten dan kortdurig arbeidsongeschikten | neen | uitgezonderd roken: meer |
| 3.2 | Langdurig werklozen hebben méér riskante gewoonten dan kortdurig werklozen | neen | uitgezonderd roken: meer |
| 3.3 | Langdurig vervroegd gepensioneerd komen overeen met kortdurig vervroegd gepensioneerd | groten-
deels ja | uitgezonderd lichaams-
beweging: minder |

Ook hier blijkt dat onze hypothesen over arbeidsongeschikten en werklozen verworpen worden. Dit geldt - wederom - niet voor vervroegd

gepensioneerden. Onder alle drie categorieën vinden we op een ondergeschikt aantal riskante gedragingen onderlinge verschillen: onder langdurig vervroegd gepensioneerden zien we een hoger percentage mannen bij wie regelmatig lichaamsbeweging ontbreekt; onder langdurig werklozen en arbeidsongeschikten blijkt een hoger percentage rokers dan onder kortdurig niet werkenden.

Exploratie van de variabele "oordeel over de eigen leefwijze" levert het volgende resultaat op: alleen langdurig werklozen verschillen van kortdurig werklozen, terwijl we onder de andere twee categorieën geen verschillen vinden. Langdurig werklozen achten hun leefwijze minder gezond dan kortdurig werklozen.

4. Participatie	Hypothese	Opmerkingen/ bevestigd	Opmerkingen/ bijzonderheden
4.1 Langdurig arbeidsongeschikten hebben vergeleken met kortdurig arbeidsongeschikten			
- lagere participatiegraad	neen		uitgezonderd: kleiner % omgang met (ex-)collega's
4.2 Langdurig werklozen hebben vergeleken met kortdurig werklozen			
- lagere participatiegraad	neen		uitgezonderd: - kleiner % stemmers bij verkiezingen - minder contacten familie
4.3 Langdurig en kortdurig vervroegd gepensioneerden verschillen niet	ja		

Wederom worden de hypothesen inzake arbeidsongeschikten en werklozen verworpen en die van vervroegd gepensioneerden bevestigd. Wat betreft participatie blijken de lang- en kortdurig niet werkenden niet vaak te verschillen. De gevonden verschillen betreffen arbeidsongeschikten en werklozen: langdurig werklozen hebben minder frequent omgang met

familie en omvatten een kleiner aantal stemmers bij verkiezingen dan kortdurig werklozen. Onder langdurig arbeidsongeschikten gaat een kleiner percentage met (ex-)collega's om dan onder kortdurig arbeidsongeschikten.

Concluderend mogen we stellen dat:

- 1 het aantal gevonden verschillen gering is in relatie tot het aantal verwachte verschillen;
- 2 negen van de tien verschillen betrekking hebben op arbeidsongeschikten en werklozen.

Deze verschillen zijn verspreid over de vier thema's gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie.

Onder vervroegd gepensioneerden blijkt slechts één verschil: van degenen die lange tijd zonder werk zijn, heeft een kleiner percentage lichaamsbeweging dan van degenen die korte tijd zonder werk zijn.

17.6 Samenvatting

De transversale vergelijking tussen lang- en kortdurig niet werkenden levert per categorie weinig onderlinge verschillen op.

Onder langdurig arbeidsongeschikten vinden we, vergeleken met kortdurig arbeidsongeschikten:

- een groter percentage mannen met chronische aandoeningen;
 - de opvatting dat gezondheid sterker door het toeval bepaald wordt;
 - een groter percentage rokers;
 - een kleiner percentage dat met (ex-)collega's contacten onderhoudt.
- Onder langdurig werklozen vinden we, vergeleken met kortdurig werklozen:

- een groter percentage mannen met chronische aandoeningen;
- een groter percentage rokers;
- een negatiever oordeel over de eigen gezondheid;
- een minder frequente omgang met familie;
- een kleiner percentage dat bij verkiezingen zijn stem uitbrengt.

Onder langdurig vervroegd gepensioneerden vinden we, vergeleken met kortdurig vervroegd gepensioneerden, één verschil: een hoger aantal mannen bij wie regelmatige lichaamsbeweging ontbreekt.

18. Een Longitudinale Analyse

18.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we uitsluitend geven over de vraag of bij de afzonderlijke categorieën de duur van het niet werken ('81-'83) invloed heeft op variabelen van de afzonderlijke thema's of onderwerpen. Teneinde te kunnen vaststellen of eventuele veranderingen voortvloeien uit de tijdsduur dat betaald werk ontbreekt, hebben we de niet werkenden gematcht met werkenden. Beide categorieën zijn in de analyse opgenomen. Om tot zo genuanceerd mogelijke uitspraken te komen hebben we werkenden en niet werkenden met elkaar vergeleken in 1981 en in 1983; daarnaast hebben we voor onderzoeksgroep en contrastgroep afzonderlijk vastgesteld of er verschillen zijn over de periode 1981-1983. Ook de transversale analyses tussen niet werkenden en werkenden zijn van belang om tot verantwoorde "longitudinale" uitspraken te komen.

De matching procedure was als volgt: bij elke niet werkende is een werkende partner gezocht die overeenkomt in burgerlijke staat (getrouwd/samenwonend versus alleenstaand), leeftijdsklasse (10 jaarklassen), sociaal-economische status (drie klassen: de twee hoogste, de midden en de twee laagste), landsdeel (vier delen: noord, oost, west en zuid) en urbanisatiegraad (drie klassen: stad, geurbaniseerd platteland en platteland).

Langs deze weg hebben we 55 (van de 92) arbeidsongeschikten, 17 (van de 21) werklozen en 8 (van de 27) vervroegd gepensioneerden kunnen paren. Het tekort onder vervroegd gepensioneerden en arbeidsongeschikten vloeit voort uit de ondervetegenwoordiging van werkende ouderen van 60 jaar en ouder onder de 264 werkenden die in 1981 en 1983 geïnterviewd zijn. Dit behoeft ons niet te verbazen, gelet op het in hoofdstuk 2 vermelde relatief geringe aantal werkende mannen van 60 jaar en ouder.

Vanwege de relatief kleine aantallen binnen de gematchte groepen dienen we enige voorzichtigheid in acht te nemen bij de conclusies. We tekenen hierbij echter aan dat scores op variabelen van de grotere aantallen niet gematchte arbeidsongeschikten (N=92), werklozen (N=21) en vervroegd gepensioneerden (N=27) in 1981 en 1983 vrijwel geheel overeenkomen met de gematchte kleinere aantallen. Desondanks hebben we besloten de vervroegd gepensioneerden buiten deze rapportage te houden; het aantal van 8 achten we te klein om aan de uitkomsten enige betekenis te kunnen geven. Om een tweetal redenen zijn per onderwerp (gezondheid, enzovoorts) een beperkt aantal variabelen in de vergelijking betrokken:

- 1 de variabelen die in 1983 gemeten zijn, waren slechts voor een gedeelte in 1981 in het onderzoek opgenomen;
- 2 sommige variabelen in beide deelonderzoeken zijn niet op overeenkomstige wijze gemeten.

Voor de overzichtelijkheid bespreken we telkens één categorie niet werkenden. Dientengevolge komen, in afwijking van de hoofdstukken 8, 12 en 13 in elke paragraaf alle onderwerpen aan de orde: gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten/oordeel van de eigen leefwijze en participatie. Alle variabelen zijn per onderwerp in één tabel ondergebracht, zodat met één oogopslag vastgesteld kan worden of er sprake is van:

- verschillen per jaar tussen niet werkenden en de met hen gematchte werkenden;
- veranderingen onder niet werkenden en werkenden over de periode 1981-1983.

We wijzen erop dat we bij de in dit hoofdstuk vermelde resultaten voorbijgaan aan de uitval onder de drie categorieën vanwege ziekte en overlijden en vanwege werkhervatting. In hoofdstuk 19 komen we hierop terug. Selectieve uitval kan immers aanleiding vormen de resultaten van dit hoofdstuk te herzien.

Bij elke vergelijking hebben we per variabele de scores vermeld, de rekenkundige gemiddelden, en de p-waarden. Statistische tweezijdige toetsing tussen de partner-categorieën berust op de Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W Test; eenzijdige toetsing per deelcategorie over 1981/1983 vindt plaats aan de hand van de Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test.

18.2 Arbeidsongeschikten en werkenden

Achtereenvolgens bespreken we gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten/oordeel over de eigen leefwijze en participatie.

18.2.1 Gezondheid

In tabel 18.1 komen de bevindingen inzake gezondheid aan de orde.

Tabel 18.1 Vergelijking gematchte paren arbeidsongeschikten en werkenden over 1981, 1983 en '81/'83 naar gezondheid (N=55 paren).

	81	p	83	p	81/83 p
% chronische aandoeningen					
arbeidsongeschikten	76		69		-
werkenden	20	.00	20	.00	-
frequentie doktersbezoek					
arbeidsongeschikten	5.8		5.7		-
werkenden	1.9	.00	2.1	.00	-
lichamelijke klachten					
arbeidsongeschikten	8.5		7.4		.02
werkenden	3.6	.00	3.1	.00	-
beoordeling gezondheid*					
arbeidsongeschikten	3.2		3.3		-
werkenden	4.0	.00	4.1	.00	-
% medicijn gebruik op eigen initiatief					
arbeidsongeschikten	51		53		-
werkenden	33	.06	43	-	-

*: 1 = zeer slecht
 3 = matig
 5 = zeer goed

Zowel voor 1981 als voor 1983 geldt, dat arbeidsongeschikten op bijna alle variabelen afwijken van werkenden. Arbeidsongeschikten blijken in relatie tot werkenden:

- een hoger percentage chronische aandoeningen te hebben;
- vaker de dokter te bezoeken;
- meer lichamelijke klachten te uiten;
- een slechtere beoordeling van de eigen gezondheid te rapporteren.

Wat het percentage medicijngebruikers betreft, zien we dat arbeidsongeschikten in 1981 een tendens vertonen hoger te scoren dan werkenden, terwijl zij in 1983 niet meer van hen verschillen. Dit vloeit voort uit een niet significante toename onder werkenden over de periode 81-83.

Voorts valt op dat over de periode 1981 tot 1983 nauwelijks veranderingen in gezondheid geconstateerd kunnen worden bij arbeidsongeschikten en werkenden. De enige verandering betreft een vermindering in lichamelijke klachten bij arbeidsongeschikten tussen 1981 en 1983 van 8.5 naar 7.4.; onder werkenden vinden we een niet significante afname van lichamelijke klachten.

Concluderend mogen we stellen dat onder arbeidsongeschikten het niet werken gepaard gaat met een vermindering van het aantal lichamelijke klachten.

18.2.2 Gezondheidsopvattingen

De resultaten over gezondheidsopvattingen worden in tabel 18.2 weergegeven.

Tabel 18.2 Vergelijking gematchte paren arbeidsongeschikten en werkenden naar gezondheidsopvattingen over 1981, 1983 en '81/'83 (N=55 paren).

	81	p	83	p	81/83 p
Belang gezondheid*					
arbeidsongeschikten	12.8	.06	12.7	-	-
werkenden	12.1		12.7		-

*: 3 = laag
15 = hoog

Uit tabel 18.2 blijkt dat arbeidsongeschikten in 1981 méér belang aan gezondheid hechten dan werkenden, terwijl zij in 1983 met hen geheel overeenkomen. Daarnaast zien we dat onder arbeidsongeschikten en werkenden de opvatting over het belang van gezondheid niet verandert. Concluderend mogen we stellen dat de duur van het zonder werk zijn geen invloed heeft op het belang dat arbeidsongeschikten aan gezondheid hechten.

18.2.3 Riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze

In tabel 18.3 presenteren we de resultaten van de verrichte analyses inzake riskante gewoonten en het oordeel over de eigen leefwijze.

Tabel 18.3 Vergelijking gematchte paren arbeidsongeschikten en werkenden naar riskante gewoonten en beoordeling eigen leefwijze over 1981, 1983 en '81/'83 (N=55 paren).

	81	p	83	p	81/83 p
% ontbreken lichaamsbeweging					
arbeidsongeschikten	82		72		-
werkenden	73	-	61		-
% gebruik alcoholische dranken					
arbeidsongeschikten	71		80		-
werkenden	86	.07	86	-	-
% rokers					
arbeidsongeschikten	73		67		-
werkenden	61	-	51	.09	.04
oordeel eigen leefwijze					
arbeidsongeschikten	3.7		3.9		-
werkenden	3.9	-	4.0	-	-

*: 1 = zeer gezond
3 = noch gezond/noch ongezond
5 = zeer gezond

In tabel 18.3 vinden we bij twee van de vier variabelen tendensen tot verschillen. Arbeidsongeschikten lijken vergeleken met werkenden:

- in 1981 een kleiner percentage gebruikers van alcoholische dranken te omvatten; in 1983 is er geen onderling verschil meer ten gevolge van een, niet significante, toename van het percentage gebruikers van alcoholhoudende dranken onder arbeidsongeschikten;
- in 1981 een even groot en in 1983 een groter percentage rokers te omvatten. Dit verschil blijkt herleid te kunnen worden tot een sterkere daling van het percentage rokers onder de werkenden ten opzichte van de arbeidsongeschikten over de periode 1981 tot 1983.

De duur van het niet werken leidt er niet toe dat arbeidsongeschikten vergeleken met werkenden minder gaan roken.

18.2.4 Participatie

Bij het vierde onderwerp, participatie, bespreken we het percentage stemmers bij verkiezingen en het percentage dat rapporteert lid te zijn van enig kerkgenootschap of organisatie van levensbeschouwelijke aard. In tabel 18.4 worden de resultaten weergegeven.

Tabel 18.4 Vergelijking gematchte paren arbeidsongeschikten en werkenden naar participatie over 1981, 1983 en '81/'83 (N=55 paren).

	81	p	83	p	81/83 p
% stemmers bij verkiezingen					
arbeidsongeschikten	95	-	93	-	-
werkenden	94		98		-
% lidmaatschap kerkgenootsch.					
arbeidsongeschikten	65	-	60	-	-
werkenden	74		65		.03

In de voorgaande tabel valt één verschil te constateren, namelijk bij de werkenden tussen 1981 en 1983: over een periode van twee jaar zien we een afname van het percentage werkenden dat rapporteert lid te zijn van enig kerkgenootschap.

Concluderend kunnen we stellen dat onder arbeidsongeschikten vergeleken met werkenden de duur van het niet werken niet gepaard gaat met een daling van het percentage dat zichzelf als lid beschouwt van enig kerkgenootschap.

18.3 Werklozen en werkenden

Conform de opzet van paragraaf 18.2 bespreken we de bevindingen inzake werklozen en werkenden.

18.3.1 Gezondheid

De resultaten inzake gezondheid worden weergegeven in tabel 18.5.

Tabel 18.5 Vergelijking gematchte paren werklozen en werkenden over 1981, 1983 en '81/'83 naar gezondheid (N=55 paren).

	81	p	83	p	81/83 p
- % chronische aandoeningen					
werklozen	18	-	18	-	-
werkenden	20		27		-
- frequentie doktersbezoek					
werklozen	2.5	-	1.1	.02	.02
werkenden	1.9		4.1		.05
- lichamelijke klachten					
werklozen	3.9	-	3.3	-	-
werkenden	6.1		5.4		-
- beoordeling gezondheid*					
werklozen	3.9	-	3.9	-	-
werkenden	3.9		3.9		-
- % medicijn gebruik op eigen initiatief					
werklozen	59	-	23	.09	.03
werkenden	53		53		-

*: 1 = zeer slecht
 3 = matig
 5 = zeer goed

Werklozen en werkenden komen overwegend in gezondheid overeen. Waar er sprake is van verschillen (frequentie doktersbezoek en het percentage gebruikers van medicijnen op eigen initiatief) blijken deze herleid te kunnen worden tot veranderingen gedurende de periode 1981/1983.

Werklozen blijken vergeleken met werkenden:

- in 1983 minder frequent de dokter te bezoeken. Dit verschil vloeit voort uit een daling in doktersbezoek van werklozen tussen 1981 en 1983 en een stijging in doktersbezoek van werkenden in dezelfde periode;
- in 1983 eveneens een lager percentage gebruikers van medicijnen op eigen initiatief te omvatten. Dit verschil hangt samen met een daling van het percentage gebruikers onder werklozen in de periode tussen 1981 en 1983.

Concluderend: bij een langere duur van het niet werken blijken werklozen minder vaak de dokter te raadplegen terwijl het percentage onder hen dat medicijnen gebruikt daalt.

18.3.2 Gezondheidsopvattingen

In de volgende tabel staan de resultaten inzake gezondheidsopvattingen vermeld.

Tabel 18.6 Vergelijking gematchte paren werklozen en werkenden naar gezondheidsopvattingen over 1981, 1983 en '81/'83 (N=17 paren).

	81	p	83	p	81/83 p
Belang gezondheid*					
werklozen	12.7		12.9		-
		-		-	
werkenden	12.9		11.9		-

*: 3 = laag

15 = hoog

Uit tabel 18.6 blijkt dat werklozen en werkenden onderling geheel overeen komen in de opvatting over het belang van gezondheid; daarnaast vinden we geen veranderingen in de tijd.

Concluderend: de duur van het niet werken heeft geen invloed op de opvattingen over het belang van gezondheid.

18.3.3 Riskante gewoonten en oordeel eigen leefwijze

In tabel 18.7 geven we de transversale en longitudinale vergelijking weer van werklozen en werkenden wat betreft riskante gewoonten en de beoordeling van de eigen leefwijze.

Tabel 18.7 Vergelijking gematchte paren werklozen en werkenden naar riskante gewoonten en beoordeling eigen leefwijze over 1981, 1983 en '81/'83 (N=17 paren).

	1981	p	1983	p	81/83 p
% ontbreken lichaamsbeweging					
werklozen	59		53		-
werkenden	67	-	40	-	-
% gebruik alcoholische dranken					
werklozen	88		82		-
werkenden	100	-	93	-	-
% rokers					
werklozen	71		71		-
werkenden	53	-	53	-	-
oordeel eigen leefwijze*					
werklozen	3.7		4.1		.01
werkenden	3.6	-	3.9	.05	-

*: 1 = zeer gezond
3 = noch gezond/noch ongezond
5 = zeer ongezond

Werklozen en werkenden komen in riskante gewoonten zowel in 1981 als in 1983 overeen. We bespeuren in tabel 18.7 evenmin veranderingen in de tijd.

Wat betreft het oordeel over de eigen leefwijze vinden we een onder-

ling verschil in 1983: werklozen rapporteren een minder gezonde leefwijze dan werkenden. Dit verschil vloeit voort uit een minder positief geworden oordeel van werklozen over de eigen manier van leven in 1983, ten opzichte van 1981.

Concluderend kunnen we stellen dat de duur van het niet werken onder werklozen gepaard gaat met een minder gunstig oordeel over de eigen leefwijze in termen van gezond.

18.3.4 Participatie

Werklozen en werkenden blijken onderling niet te verschillen met betrekking tot participatie, noch in termen van het percentage stemmers bij verkiezingen noch wat betreft het percentage mannen dat aangeeft lid te zijn van kerkgenootschappen (Tabel 18.8).

Tabel 18.8 Vergelijking gematchte paren werklozen en werkenden naar participatie over 1981, 1983 en '81/'83 (N=17 paren).

	81	p	83	p	81/83 p
% stemmers bij verkiezingen					
werklozen	94	-	82	-	-
werkenden	87		93		-
% lidmaatschap kerkgenootschap					
werklozen	65	-	53	-	-
werkenden	73		73		-

18.4 Conclusies

We beginnen met de conclusies op basis van de hypothesen.

1	Gerapporteerde gezondheid	Hypothese	Opmerkingen / bevestigd	Bijzonderheden
	Duur niet werken heeft:			
1.1	Bij arbeidsongeschikten een negatief effect op			
a	de subjectieve gezondheid	neen	minder lichamelijke klachten	
b	de objectieve gezondheid	neen	verandert niet	
1.2	Bij werklozen			
a	een negatief effect op de subjectieve gezondheid	neen	kleiner % medicijngebruikers	
b	geen effect op de objectieve gezondheid	gedeelte- lijk	minder doktersbezoek	
1.3	Bij vervroegd gepensio- neerden			
a	geen effect op de subjectieve gezondheid		niet getoetst	
b	geen effect op de objectieve gezondheid		niet getoetst	

Onze hypothesen inzake arbeidsongeschikten en werklozen blijken overwegend verworpen te worden: de duur van het niet werken heeft nauwelijks effect op de gezondheid. Voor zover er van invloed sprake is lijkt deze veeleer tot een (iets) betere gezondheid te leiden. Op het eerder gemaakte voorbehoud vanwege de uitval wegens ziekte en overlijden komen we in hoofdstuk 19 terug.

2	Gezondheidsopvattingen	Hypothese	Opmerkingen /
		bevestigd	bijzonderheden

Duur niet werken bevordert
belang gezondheid bij

2.1	Arbeidsongeschikten	neen	geen verschil
-----	---------------------	------	---------------

2.2	Werklozen	neen	geen verschil
-----	-----------	------	---------------

Duur niet werken heeft
geen invloed op belang
gezondheid bij

2.3	vervroegd gepensioneerd		niet getoetst
-----	-------------------------	--	---------------

Onze hypothesen over de invloed van de duur van het niet werken op het belang dat aan gezondheid wordt gegeven, worden verworpen: de duur van het niet werken blijkt geen invloed te hebben op het belang dat arbeidsongeschikten en werklozen aan gezondheid geven. De hypothesen over de beheersingsoriëntatie hebben we niet kunnen toetsen.

3	Riskante gewoonten	Hypothese	Opmerkingen /
		bevestigd	bijzonderheden

Duur niet werken heeft
negatief effect op
riskante gewoonten van

3.1	Arbeidsongeschikten	neen	uitgezonderd op roken
-----	---------------------	------	-----------------------

3.2	Werklozen	neen	
-----	-----------	------	--

Duur niet werken heeft
geen negatief effect op
riskante gewoonten van

3.3	vervroegd gepensioneerd		niet getoetst
-----	-------------------------	--	---------------

De hypothesen over de invloed van de duur van het niet werken op riskante gewoonten worden verworpen: de duur van het niet werken blijkt geen invloed te hebben op riskante gewoonten van arbeidsongeschikten en werklozen. De enige uitzondering betreft het percentage rokers: in

vergelijking met werkenden neemt het percentage rokers onder arbeidsongeschikten niet af. We mogen derhalve aannemen dat de duur van het niet werken hieraan debet is.

Letten we op het oordeel over de eigen leefwijze, dan constateren we dat de duur van het zonder werk zijn alléén onder werklozen invloed blijkt te hebben: zij gaan hun leefwijze als minder gezond beoordelen.

Participatie is alleen gemeten aan de hand van het percentage stemmers bij verkiezingen en het percentage dat lid is van een kerkgenootschap.

4	Participatie	Hypothese	Opmerkingen / bevestigd bijzonderheden
	Duur niet werken bewerkstelligt lagere participatiegraad onder		
4.1	Arbeidsongeschikten	neen	
4.2	Werklozen	neen	
	Duur niet werken heeft geen invloed op participatiegraad van		
4.3	Vervroegd gepensioneerden	niet getoetst	

Ook de hypothesen over de invloed van de duur van het niet werken op participatie blijken verworpen te worden: de duur van het niet werken heeft onder arbeidsongeschikten en werklozen geen invloed op het al dan niet stemmen en het al dan niet lid zijn van enig kerkgenootschap.

18.5 Samenvatting

Niet werken gedurende een periode van twee jaar leidt bij arbeidsongeschikten tot:

- een afname van het aantal lichamelijke klachten;
- eenzelfde percentage rokers, terwijl werkenden minder gaan roken;
- eenzelfde percentage dat lid is van een kerkgenootschap, terwijl dit percentage onder werkenden afneemt.

Onder werklozen zien we gedurende dezelfde periode:

- een afname van het doktersbezoek, terwijl onder werkenden sprake is van een toename;
- een afname van het percentage mannen dat medicijnen op eigen initiatief slikt;
- een minder positief oordeel over de eigen leefwijze ontstaan.

Vanwege het te kleine aantal vervroegd gepensioneerden (8), hebben we hen buiten de analyse gehouden.

Over de uitkomsten dient in zoverre een voorbehoud gemaakt te worden dat de uitval vanwege ziekte en overlijden buiten beschouwing gebleven is. In het volgende - afsluitende - hoofdstuk komen we hierop terug.

19. Conclusies en Discussie

Zoals we uit de conclusies van de hoofdstukken 17 en 18 hebben kunnen opmaken, moeten we onze hypothesen over arbeidsongeschikten en werklozen inzake gezondheid grotendeels verwerpen, terwijl we die over vervroegd gepensioneerden als bevestigd moeten beschouwen. De laatste categorie hebben we alleen transversaal getoetst. Hoewel langdurig arbeidsongeschikten en werklozen op één variabele (percentage chronische aandoeningen) een slechtere gezondheid hebben dan de respectievelijke deelcategorieën kortdurig niet werkenden - en op de andere variabelen geen verschillen vertoonden - bleek dat de gezondheid van deze categorieën longitudinaal gezien iets beter werd. Onder arbeidsongeschikten zagen we op één variabele een verbetering (lichamelijke klachten), onder werklozen zagen we op twee variabelen een verbetering (doktersbezoek en percentage gebruikers van medicijnen).

Wat betreft de niet werkenden hebben we ons afgevraagd in hoeverre de longitudinale bevindingen geconditioneerd zijn door de uitval van niet werkenden ten gevolge van de matching en de samenstelling van de categorieën naar duur niet werken. We hebben daartoe de te onderscheiden categorieën, gesplitst naar kort- en langdurig niet werkenden zowel onder de gematchte als onder de niet gematchte categorieën, longitudinaal geanalyseerd. Dit leverde vrijwel dezelfde longitudinale gezondheidsprofielen op als hiervoor beschreven. We mogen derhalve aannemen dat een selectie ten gevolge van matching en een selectie ten gevolge van een specifieke verdeling van de populaties naar duur van het niet werken geen noemenswaardige rol spelen.

We moeten echter rekening houden met een ander selectie-effect ten gevolge van uitval van respondenten tussen 1981 en 1983. Het betreft uitval vanwege ziekte en overlijden en vanwege werkhervatting. In de longitudinale analyses zijn uiteraard niet degenen opgenomen die in

1983 niet geïnterviewd konden worden wegens ziekte of overlijden. In hoofdstuk 5 hebben we hierop al gewezen. Bij het tweede interview in 1983 bleek dat 13% van de arbeidsongeschikten die in 1981 geïnterviewd werden, overleden waren dan wel ziek (8% overleden; 5% ziek). Van de werklozen bleek 2% overleden te zijn, terwijl er geen uitval wegens ziekte was. Van de vervroegd gepensioneerden bleek dat 17% wegens ziekte en overlijden geen tweede keer geïnterviewd kon worden (6% overleden; 11% ziek). Daarbij tekenen we nog aan dat betreffende arbeidsongeschikten over alle leeftijden verdeeld waren en dat betrokken vervroegd gepensioneerden in leeftijd varieerden tussen 57 en 64 jaar. Met name de uitval van de bedoelde arbeidsongeschikten kan een aanzienlijke vertekening opgeleverd hebben van het longitudinale beeld, zodanig dat er sprake is van een te positief beeld.

Er is mogelijk ook nog een andere vertekening opgetreden namelijk door de uitval na 1981 van degenen die het werk hervat hebben; dit betreft 12 werklozen en 11 arbeidsongeschikten (zie tabel 5.2). Zoals we aannemen dat uitval door ziekte of dood tot een te positief beeld heeft geleid, zo mogen we veronderstellen dat de uitval door werkhervatting tot een te negatief beeld geleid heeft. Zo komen we tot de volgende onderstelling: degenen die in 1981 werkloos of arbeidsongeschikt waren en in 1983 betaalde arbeid verrichtten, hebben een betere gezondheid dan degenen die in 1981 én 1983 werkloos respectievelijk arbeidsongeschikt bleven. Deze onderstelling hebben we getoetst. Dit gebeurde op grond van vijf gezondheidsvariabelen, te weten percentage chronische aandoeningen, doktersbezoek, lichamelijke klachten en beoordeling gezondheid en medicijngebruik op eigen initiatief.

De uitkomsten van deze toetsing zijn als volgt:

- "blijvend" werklozen hebben in 1981 en 1983 in beperkte mate een slechtere gezondheid dan werkhervatters: in 1981 en 1983 gebruikte onder eerstgenoemden een hoger percentage medicijnen en in 1983 bleken blijvend werklozen daarenboven een slechtere beoordeling van de eigen gezondheid te hebben.
- blijvend arbeidsongeschikten bleken eveneens in 1981 en 1983 een slechtere gezondheid te hebben dan werkhervatters: in 1981 gebruikte onder eerstgenoemden een hoger percentage medicijnen, blijvend arbeidsongeschikten hadden bovendien een slechtere beoordeling van

de eigen gezondheid; in 1983 hadden zij vaker contact met de dokter en omvatten zij een groter percentage mensen met chronische aandoeningen.

Onze onderstelling kunnen we derhalve als bevestigd beschouwen. Tegelijkertijd wordt hiermee de in de literatuur vermelde uitspraak bevestigd dat gezonde of minder ongezonde niet werkenden meer kans tot re-integratie in het arbeidsproces hebben dan niet of minder gezonde niet werkenden.

Welke bijdrage de afzonderlijke selectie-effecten (ziek of overleden versus werkhervatting) op de longitudinale uitkomst hebben valt niet precies te zeggen. Onder arbeidsongeschikten is de uitval vanwege ziekte of overlijden in ieder geval bijna twee keer zo groot als die vanwege werkhervatting (24 versus 11). Onder werklozen is de uitval vanwege werkhervatting 12 keer zo groot als die vanwege ziekte of overlijden (12 versus 1).

Wat betekent dit nu voor de uitkomsten van de longitudinale analyse? We zullen de drie categorieën achtereenvolgens aan bod laten komen.

We veronderstellen dat wanneer de werkhervatters in 1983 als werklozen in het onderzoek opgenomen waren het gezondheidsprofiel over twee jaren niet opvallend anders zou zijn dan het beschrevene in het vorige hoofdstuk. Daarnaast zou de ene overledene wanneer deze nog "het leven zou hebben" in 1983 het profiel waarschijnlijk evenmin opvallend anders gemaakt hebben, zelfs wanneer zijn gezondheid op alle variabelen aanzienlijk ongunstiger was.

Gelet echter op het feit dat de eerdergenoemde werkhervatters zich in 1983 ook nog onderscheiden van de blijvend werklozen door een positiever oordeel over de eigen gezondheid, mogen we niet uitsluiten dat werkhervatting een (tijdelijk?) positieve weerslag heeft op de ervaren gezondheid. De bevinding dat de potentiële werkhervatters als werklozen zich in 1981 al onderscheidten van de blijvend werklozen door een kleiner percentage medicijngebruikers, wijst er echter op dat eerstgenoemden in 1981 al een iets betere gezondheid hadden.

Wanneer we de arbeidsongeschikten onder de loep nemen, dienen we gelet op het grotere aantal uitvallers wegens ziekte en vooral overlijden

dan wegens werkhervatting, de eerder gedane voorlopige uitspraak dat de gezondheid hetzelfde blijft dan wel iets beter wordt, te relativiseren. Er is voldoende reden om de uitspraak te herzien in de stelling dat "arbeidsongeschikt zijn op den duur tot een slechtere gezondheid leidt". De vraag is echter of deze verslechterde gezondheid het gevolg is van niet werken, dan wel inherent is aan het verloop van het ziekteproces als zodanig. Wanneer we ervan uitgaan dat de gezondheid van werklozen in de loop van de tijd niet verslechtert, en daartoe is voldoende reden wanneer we het voorgaande in beschouwing nemen, moeten we tot het tweede besluiten. Het is echter niet onmogelijk dat arbeidsongeschikten het niet werken als een groter probleem beschouwen dan werklozen, ondanks de medische legitimering, omdat zij nauwelijks perspectief hebben ooit tot werkhervatting te komen. De oorspronkelijke slechte gezondheid én het gemis aan arbeid kunnen beide bijdragen tot een verdere achteruitgang van de gezondheid.

Hoewel we vervroegd gepensioneerden niet longitudinaal gevolgd hebben, dienen we toch even stil te staan bij het, vergeleken met andere categorieën, hoogste percentage uitvallers wegens ziekte tussen '81 en '83. Dit wijst op een sterk verslechterde gezondheid tussen 1981 en 1983. Dit beeld contrasteert aanvankelijk met de eerdere bevindingen dat vervroegd gepensioneerden niet verschillen van werkenden. We moeten rekening houden met de mogelijkheid dat het bij transversale meting ontbreken van onderlinge verschillen waarschijnlijk ten gevolge van selectie-effect een onjuist beeld geeft van de werkelijkheid. Helaas kunnen we niet vaststellen of de ziektegevallen terug te voeren zijn op VUT-ers dan wel op mannen die om andere redenen eerder met pensioen zijn gegaan. We kunnen helaas evenmin vaststellen of de ziekte samenhangt met het gemis van arbeid. Dit laatste ligt niet zozeer voor de hand omdat twee jaar na ontslag onder de in hoofdstuk 3 vermelde gedwongen VUT-ers (Philips) blijkt dat "slechts" 13% het werk mist (Durinck, Kijlstra-ten Thijs, 1986). Omdat dit mensen betreft die gedwongen werden van de VUT gebruik te maken, veronderstellen we dat dit percentage onder vrijwillige VUT-ers nog lager ligt.

Wanneer we nu terugkeren naar de uitkomsten van de longitudinale en transversale analyse, komen we tot de volgende conclusie inzake ar-

beidsongeschikten. De iets slechtere gezondheid van langdurig arbeidsongeschikten ten opzichte van kortdurig arbeidsongeschikten hangt met twee effecten samen:

- een selectie-effect ten gevolge van reïntegratie in het arbeidsproces van gezondere arbeidsongeschikten;
- een duur-effect samenhangend met een in de tijd verslechterende gezondheidstoestand, die hoogstwaarschijnlijk ziektegebonden is, maar waarbij niet uitgesloten kan worden dat het gemis van arbeid hierop een negatieve invloed heeft.

Wat betreft werklozen concluderen we dat de iets slechtere gezondheid van langdurig werklozen ten opzichte van kortdurig werklozen voornamelijk een selectie-effect is ten gevolge van reïntegratie van gezonde werklozen; daarbij sluiten wij geenszins uit dat reïntegratie zelf bovendien een al dan niet tijdelijk positief effect heeft op de gezondheid.

Over de gezondheidsopvattingen kunnen we kort zijn. Transversaal vonden we onder arbeidsongeschikten en werklozen, in tegenstelling tot onze verwachting, geen verschillen. Wel bleek dat langdurig arbeidsongeschikten meer toevalsgeoriënteerd waren dan kortdurig arbeidsongeschikten (hieromtrent hadden we geen hypothesen geformuleerd). Longitudinaal hebben we alleen kunnen nagaan of het gepercipieerde belang van gezondheid verandert: dit bleek noch het geval bij arbeidsongeschikten, noch bij werklozen.

Riskante gewoonten vormt het volgende onderwerp. Ook de hypothesen over de riskante gewoonten inzake arbeidsongeschikten en werklozen werden grotendeels verworpen, terwijl die over vervroegd gepensioneerden grotendeels bevestigd werden. De enige variabele waarop langdurig arbeidsongeschikten en werklozen verschilden van degenen die korte tijd geen werk hebben, bleek het percentage rokers: onder langdurig niet werkenden rookt een groter percentage dan onder kortdurig niet werkenden. Longitudinaal gezien vonden we dit verschil alleen - en dan nog in vergelijking met werkenden - terug onder arbeidsongeschikten: vergeleken met werkenden bleken zij niet minder te gaan roken. We nemen dan ook aan dat het verschil in percentage rokers

onder arbeidsongeschikten voornamelijk een selectie-effect is en in mindere mate een gevolg van de duur van het niet werken.

We mogen aannemen dat onder werklozen alleen sprake is van een selectie-effect. Hiervoor is geen directe verklaring voorhanden.

In het hoofdstuk riskante gewoonten hebben we ook de variabele beoordeling van de eigen leefwijze gevoegd. Onder werklozen vonden we zowel transversaal als longitudinaal verschillen. Dit impliceert dat de duur van het niet werken ertoe bijdraagt dat werklozen een minder gunstig oordeel over de eigen leefwijze ontwikkelen. We kunnen niet uitsluiten dat hierbij ook sprake is van een selectie-effect.

Participatie vormde ons laatste onderwerp. Helaas hebben we alléén het stemgedrag bij verkiezingen en het lidmaatschap van kerkgenootschappen transversaal én longitudinaal kunnen meten. Transversaal gezien bleken hieromtrent geen verschillen te bestaan tussen langdurig en kortdurig arbeidsongeschikten. Longitudinaal gezien vonden we één verschil onder arbeidsongeschikten en wel in relatie tot werkenden: zij bleken in de loop van de tijd meer dan werkenden zichzelf nog als lid te beschouwen van enig kerkgenootschap. Omdat het een relatieve verandering betreft hoeft het ons niet te verbazen dat dit verschil transversaal niet teruggevonden wordt.

Onder werklozen vonden we één transversaal verschil onder het percentage stemmers bij verkiezingen; onder langdurig werklozen bracht een kleiner percentage zijn stem uit dan onder kortdurig werklozen. Longitudinaal bleek er geen significante verandering te zijn. Het lijkt erop dat er sprake is van een selectie-effect. Niettemin mogen we veronderstellen dat er mogelijk ook sprake is van een causaal effect: onder werklozen zien we een niet significante afname en onder werkenden een niet significante toename in het percentage stemmers (tabel 18.8).

De vraag die zich aandient is wat we ons moeten voorstellen bij een selectie-effect; we veronderstellen dat niet stemmen een vorm van (politiek) apathisch gedrag is, welk gedrag samenhangt met het ontbreken van enig vertrouwen in de arbeidsmarkt. Dit laatste brengt met zich mee dat men zich ook niet meer "nodeloos" inspant om werk te vinden. Dit kan er weer toe bijdragen dat de kans om werk te vinden,

die toch al klein is, vrijwel uitgesloten is. Analooq aan deze rede-
nering zullen de stemmers als politiek geïnteresseerden actiever zijn
en nog wel enig vertrouwen hebben in de arbeidsmarkt met als gevolg
dat zij meer "werkzoek gedrag" vertonen en mogelijk ook werk vinden.
Een en ander sluit niet uit dat er reële gronden kunnen zijn op grond
waarvan werklozen wel of niet apathisch zijn. Het zou gelet op de
arbeidsmarkt naïef zijn om het al dan geen werk vinden uitsluitend te
verklaren vanuit de theorie van de "self fullfilling prophecy".

Tot slot wijzen we op het transversaal gevonden verschil onder werklo-
zen in de omgangsfrequentie met familieleden: langdurig werklozen
hebben minder frequente omgang met familie dan kortdurig werklozen
(zoals eerder gesteld kunnen we longitudinaal bezien hierover geen
uitspraak doen). De enig mogelijke verklaring die we hiervoor kunnen
geven is dat langdurig werklozen méér dan kortdurig werklozen geneigd
zijn contacten te vermijden om de confrontatie met het werkloos zijn
uit de weg te gaan ("Heb je nog geen werk gevonden?"). Een vrienden-
of kennissenkring kan men wel veranderen indien men zich als werkloze
niet geaccepteerd voelt. De kring van familieleden is niet of moeilij-
ker te veranderen; de meest voor de hand liggende reactie bij ongewen-
ste contacten met familie is vermijdingsgedrag.

Deel V: Afsluiting

- 20. Conclusies en Nabeschouwing
- 21. Samenvatting
Summary

20. Conclusies en Nabeschouwing

In het onderhavige onderzoek is een vergelijking gemaakt van niet werkende arbeidsongeschikte, werkloze en vervroegd gepensioneerde mannen onderling en met werkende mannen naar gezondheid en leefwijze. Het doel van dit onderzoek was vast te stellen in hoeverre genoemde categorieën onderling verschillen in gezondheid en leefwijze. Tevens waren we geïnteresseerd in de vraag in hoeverre de duur van het niet werken de gezondheid en de leefwijze beïnvloedt.

Teneinde de vraagstelling zo zuiver mogelijk te kunnen beantwoorden, hebben we de volgende overgangscategorieën tussen niet werkende en werkende mannen uitgesloten:

- zij die betaalde arbeid verrichten en drie maanden of langer ziek zijn;
- arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden die zowel een uitkering genieten als een (deeltijd)baan hebben.

Op deze wijze kunnen de gevonden verschillen in gezondheid én leef-situatie herleid worden tot het onderscheid niet en wel werken. Werken is hierbij synoniem aan het verrichten van betaalde arbeid in loon-dienst of als zelfstandige.

Dit brengt met zich mee dat:

- de steekproef werkenden mogelijk iets gezonder is dan de totale populatie werkenden;
- de steekproef niet werkenden mogelijk iets ongezonder is dan de totale populatie niet werkenden.

Aan de resultaten van dit verslag liggen twee onderzoeken ten grond-slag:

- een landelijk representatief panelonderzoek in 1981 en 1983 onder niet werkenden en werkenden;
- een onderzoek in een aantal huisartspraktijken in Limburg, behorend tot één gezondheidscentrum.

Het eerste onderzoek is opgezet en uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in de gezondheid en leefwijze van de Nederlandse bevolking. Alle resultaten van deze dissertatie, uitgezonderd die van hoofdstuk 9, berusten op secundaire analyse van gegevens uit dit panel. Het tweede onderzoek, door onszelf opgezet en uitgevoerd, diende om uit te zoeken of de door huisartsen vastgestelde gezondheid van niet werkende en werkende mannen afwijkt van de door vergelijkbare mannen gerapporteerde gezondheid.

In onze onderzoeksresultaten komt duidelijk naar voren dat arbeidsongeschikten vergeleken met werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden een intrinsiek slechtere gezondheid hebben. Daarnaast blijkt dat werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden in gezondheid nagenoeg overeenkomen. Deze gegevens gelden zowel voor 1983 als 1981. Aan de resultaten van de vergelijkingen ligt een statistische correctie ten grondslag op de onderlinge verschillen in leeftijd, sociaal-economische klasse en burgerlijke staat. Waar het de vergelijkingen tussen de drie categorieën niet werkenden betreft, is ook gecorrigeerd voor verschillen in de duur van het niet werken. Analyse van de onderzoeksgegevens met behulp van clusteranalyse, waarbij de eerdergenoemde correcties niet zijn toegepast, leidt tot dezelfde conclusies. Arbeidsongeschikten enerzijds en vervroegd gepensioneerden en werklozen anderzijds blijken derhalve geen uitwisselbare categorieën te zijn. Wel blijkt uit de clusteranalyse dat het percentage ongezonden onder de vervroegd gepensioneerden (38%) hoger is dan onder de werklozen (27%). Het ligt voor de hand dat dit verschil herleid kan worden tot het verschil in leeftijd tussen beide categorieën. De door ons uitgevoerde discriminantanalyse bevestigt dit.

De gegevens van huisartsen over de gezondheid van niet werkenden en werkenden verschillen niet van de resultaten uit de steekproef: de via interviews verkregen resultaten (gerapporteerde gezondheid) komen overeen met de resultaten op basis van door huisartsen in medische dossiers vastgelegde gegevens over de gezondheid. Er is derhalve geen sprake van "cognitieve trucage", hetgeen wil zeggen dat arbeidsongeschikten zich niet "klageriger" en dat werklozen zich niet "flinker" voordoen dan hun gezondheid rechtvaardigt.

We dienen ons hierbij te realiseren dat het landelijk panelonderzoek en de praktijkstudie weliswaar dezelfde categorieën arbeidsongeschik-

ten, werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden betreft, maar niet dezelfde personen. Ook al zou de Limburgse populatie in gezondheid afwijken van de landelijke steekproefpopulatie, dan nog is er geen reden te veronderstellen dat de door vergelijking verkregen profielen inzake de gerapporteerde en inzake de door artsen vastgestelde gezondheid niet naast elkaar gelegd zouden mogen worden. We zijn immers nagegaan of de onderlinge verschillen en overeenkomsten tussen eerdergenoemde categorieën binnen de landelijke steekproefpopulatie afwijken van de onderlinge verschillen en overeenkomsten tussen dezelfde categorieën binnen de praktijkpopulatie. Dat wil zeggen dat wanneer Limburgers gezonder of ongezonder zijn dan de gemiddelde Nederlander, dit voor alle Limburgse categorieën niet werkenden en ook voor Limburgse werkenden zou gelden. Een dergelijke systematische vertekening kan het vergelijkingsprofiel niet verstoren. Niettemin verdient het aanbeveling om onze eerdergenoemde uitspraak dat de gerapporteerde gezondheid niet verschilt van de door huisartsen vastgestelde gezondheid, te toetsen onder dezelfde personen behorende tot de drie onderscheiden categorieën niet werkenden en werkenden.

Wat betreft de samenhang tussen de duur van het niet werken en gezondheid blijkt het volgende.

Transversaal bezien hebben langdurig werklozen en arbeidsongeschikten een iets slechtere gezondheid dan de respectievelijke deelcategorieën die korte tijd zonder werk zijn. Tussen lang- en kortdurig werklozen en arbeidsongeschikten blijkt één verschil: langdurig niet werkenden omvatten een groter percentage personen met chronische aandoeningen. Op grond hiervan mogen we concluderen dat langdurig werklozen een suboptimale gezondheid hebben; we spreken van suboptimaal omdat zij niet echt verschillen van werkenden. Langdurig arbeidsongeschikten zijn nog iets ongezonder dan arbeidsongeschikten die korte tijd geen werk meer hebben. Onder de vervroegd gepensioneerden vinden we geen verschillen tussen degenen die lange tijd en degenen die korte tijd zonder werk zijn.

Vanuit een longitudinaal gezichtspunt hebben we geconstateerd dat de gezondheid van arbeidsongeschikten en werklozen die in 1981 en 1983 geïnterviewd zijn een lichte tendens tot verbetering vertoont. Gelet echter op de relatief grote uitval tussen beide jaren onder arbeidsongeschikten, vooral vanwege overlijden, moeten we concluderen dat de

gezondheid van arbeidsongeschikten in de loop van de tijd slechter wordt. Omdat we ook onder werklozen in de loop van de tijd een lichte verbetering in gezondheid vaststelden, en bij hen de uitval wegens overlijden zeer gering is (één respondent), nemen we aan dat werkloos zijn geenszins de gezondheid negatief beïnvloedt. Van uitval wegens ziekte bleek geen sprake. We mogen derhalve aannemen dat de achteruitgang in gezondheid van arbeidsongeschikten niet het gevolg is van het zonder werk zijn, maar veeleer samenhangt met een aan de ziekte autonoom verbonden proces.

We stelden tevens vast dat degenen die over de periode 1981-1983 als arbeidsongeschikten en werklozen zonder werk bleven, een slechtere gezondheid hebben dan de arbeidsongeschikten en werklozen die tussen 1981 en 1983 het werk hervatten. Dat wil zeggen dat tegenover de uitval wegens ziekte of overlijden een uitval staat wegens werkhervatting van meer gezonde werklozen of minder ongezonde arbeidsongeschikten. Het aantal uitvallers onder arbeidsongeschikten vanwege ziekte of overlijden bleek twee keer zo groot als het aantal uitvallers ten gevolge van werkhervatting. Dit bracht ons tot de voorgaande uitspraak dat de gezondheid van arbeidsongeschikten verslechterd is; het gezondheidsniveau zou nog slechter geweest zijn als de uitvallers wegens ziekte en overlijden ook in de longitudinale analyse opgenomen geweest waren.

Onder werklozen was de verhouding omgekeerd: 12 werkhervatters tegenover 1 overledene. Niettemin is de gezondheid van de zonder werk blijvende werklozen toch nog iets verbeterd. Mogelijk vloeit dit voort uit een voortschrijdende aanpassing aan of berusting in het werkloos zijn.

Gelet op de werkhervatting tussen 1981 en 1983 van gezondere werklozen en minder ongezonde arbeidsongeschikten ligt het voor de hand te veronderstellen dat een minder goede gezondheid van werklozen en een grotere ongezondheid van arbeidsongeschikten de kans op reïntegratie in het arbeidsproces verkleint. Het langs transversale weg gevonden verschil tussen lang- en kortdurig werklozen dient dan ook vanuit dit perspectief verklaard te worden. Het gevonden verschil tussen lang- en kortdurig arbeidsongeschikten hangt zowel met deze selectie, als met de duur van de ziekte en mogelijk de duur van het niet werken samen.

Met de uitspraak dat werkloosheid op den duur niet tot ongezondheid leidt, kunnen en willen we uiteraard geen afbreuk doen aan het mense-

lijk leed dat met werkloos zijn gepaard kan gaan. Gelet op de aard van de variabelen waarmee we gezondheid gemeten hebben en op grond waarvan we tot deze uitspraak gekomen zijn, kunnen we niet uitsluiten dat de mentale gezondheid wél negatief beïnvloed wordt. Het medicijngebruik in termen van slaaptabletten, tranquillizers enzovoort, wijst echter niet in deze richting, maar kan dit geenszins uitsluiten. Aan de andere kant zagen we wél dat werklozen op den duur de eigen leefwijze als minder gezond gingen beoordelen. Het ligt niet direct voor de hand dat dit wijst op een slechter wordende mentale gezondheid. (Op het onderwerp "oordeel over de eigen leefwijze" komen we later in deze nabeschuiving terug). Uiteraard kunnen onze bevindingen niet uitsluiten dat, wanneer niet werkenden in de toekomst (nog) minder financiële middelen toegewezen krijgen, niet werken via armoede wél een effect kan hebben op gezondheid. Evenmin kunnen we uitsluiten dat er specifieke subgroepen werklozen zijn bij wie het niet werken wél, en bij wie dit géén negatief effect op de gezondheid heeft.

Hoewel we vervroegd gepensioneerden niet longitudinaal gevolgd hebben, dienen we toch even stil te staan bij het opvallend (hoogste) percentage uitvallers onder hen wegens ziekte tussen '81 en '83. Dit wijst op een verslechterde gezondheid tussen 1981 en 1983. Dit beeld contrasteert met de eerdere bevindingen dat vervroegd gepensioneerden niet verschillen van werkenden. We moeten rekening houden met de mogelijkheid dat de transversale bevinding dat er niet sprake is van onderling verschil door specifieke selectie een onjuist beeld geeft. Helaas kunnen we niet vaststellen of de ziektegevallen terug te voeren zijn op VUT-ers dan wel op mannen die om andere redenen eerder met pensioen zijn gegaan. Uit de resultaten van elders verricht longitudinaal onderzoek onder VUT-ers, mogen we aannemen dat bij hen ziekte niet samenhangt met het gemis van arbeid (Durinck, Kijlstra, Ten Thijs, 1986).

De uitkomsten van de clusteranalyse geven aanleiding in deze beschouwing even stil te staan bij het thema verborgen werkloosheid en verborgen arbeidsongeschiktheid. In deze context gaat het niet om de vraag hoeveel potentiële arbeidskracht aanwezig is onder het bestand trekkers van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Wetende dat slechts 10% tot 15% van de arbeidsongeschikten geen enkele restcapaciteit heeft, mogen we aannemen dat de hoeveelheid potentiële arbeidskracht

aanzienlijk is (Hunfeld, 1980). Het gaat ons vooral om de in hoofdstuk 3 vermelde uitspraak van Van de Bosch en Petersen waarbij gesuggereerd wordt dat circa één derde van de arbeidsongeschikten op basis van hun gezondheid ten onrechte een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft. Overigens stelt de overheid, volgens Hermans et al. (1986), dat de werkloosheidscomponent in de arbeidsongeschiktheidsregelingen structureel 50% van het aantal uitkeringsdagen bedraagt. We wijzen daarom op het relatief lage percentage (van 17%) gezonde mannen onder de arbeidsongeschikten. Tevens wijzen we op het relatief hoge percentage van 27% ongezonde mannen onder de werklozen.

Hoewel we geenszins stellen dat zowel gezonde arbeidsongeschikten en verborgen werklozen als zieke werklozen en verborgen arbeidsongeschikten synoniemen zijn, verdienen deze twee onderscheiden getallen bijzondere aandacht.

Zo het om wat voor reden dan ook politiek gewenst blijft verborgen werkloosheid onder arbeidsongeschikten op te sporen, verdient het evenzo overweging, om redenen van maatschappelijke rechtvaardigheid, werklozen te screenen op "verborgen arbeidsongeschiktheid". De verborgen arbeidsongeschiktheid onder de werklozen zou wel eens een grotere omvang kunnen hebben dan de verborgen werkloosheid onder de arbeidsongeschikten.

De uitkomsten van de eerste screening op verborgen werklozen onder arbeidsongeschikten onder de 30 jaar bevestigt tot nog toe de vanuit professionele kringen voorspelde sterke overschatting van de kant van de overheid (Hermans, Sas, Schraven, 1986). Volgens een krantenpublicatie op basis van nieuwste GMD cijfers heeft de herkeuring ertoe geleid dat 14% de uitkering helemaal verliest, terwijl 11% nog slechts een gedeeltelijke uitkering krijgt (Volkskrant, 21 juli 1988). Overigens kwam zowel in deel II van dit onderzoek als in een onderzoek van de GMD naar voren dat er onder arbeidsongeschikten geen relatie is tussen leeftijd en gezondheid (GMD, 1987). Voorzover de beslissing met betrekking tot genoemde leeftijdsgrens berust op de vooronderstelling dat deze relatie er wél is, lijkt deze vooralsnog onjuist te zijn.

In de clusteranalyse kwam ook naar voren dat het percentage zieke werklozen vrijwel gelijk is aan het percentage zieken onder de werkenden. Dit ligt in het verlengde van onze eerdere conclusie, op basis van een andere analysetechniek, dat werkenden en werklozen niet in gezondheid verschillen. Wanneer we de "werkenden" die drie maanden of

langer ziek zijn mede in onze analyse betrokken hadden, was het percentage ongetwijfeld hoger uitgekomen. Dat neemt niet weg dat in geval van 27% zieke werkenden, niet duidelijk is welk deel ervan op het werk afwezig is wegens ziekte en welk deel tot de categorie zieke doorwerkers behoort. Zolang men als zieke het vermogen heeft om gezondheidsstoornissen zodanig te hanteren dat men in de werksituatie naar behoren kan blijven functioneren, kan men tot een afwegingsproces blijven komen en de definitieve keuze door te werken effectueren.

We veronderstellen dat een aanzienlijk deel der zieken (te) lang blijft doorwerken óf vanwege identificatie met het werk, bedrijf, collega's óf vanwege de angst voor ontslag of voor verregaande verzuimbestriddende maatregelen. Hoewel een werknemer kan menen naar behoren te functioneren, is het denkbaar dat vanuit de bedrijfsleiding hierover anders gedacht wordt. Dit kan weer tot verzuimstimulerende maatregelen leiden door betrokkene aan te sporen gebruik te maken van de ziektewet of de arbeidsongeschiktheidsregeling. Kennelijk gaat "de kruik net zo lang te water tot hij barst": uit een rapport van de GMD blijkt dat maar liefst 50% van de in 1985 tot de WAO toegetreden, rapporteerden minder dan 2 weken verzuimd te hebben in het laatste jaar voor de WAO toetreding. Het is met name de oudste leeftijdscategorie (55-64 jaar) die het laagste ziekteverzuim vertoonde en minder vaak melding maakte van aantasting van prestaties door klachten (GMD, 1987). Gelet op de door ons gehanteerde maatstaven om mensen in te delen naar ziek en gezond, mogen we aannemen dat "onze" zieke werkenden aanzienlijke risico's lopen arbeidsongeschikt of werkloos te worden.

Behalve naar gezondheid, hebben we ook onderlinge vergelijkingen gemaakt naar gezondheidsopvattingen en leefwijze. Wat gezondheidsopvattingen betreft, onderscheiden arbeidsongeschikten zich net als bij het thema gezondheid van overige niet werkenden en werkenden. Zij blijken minder dan anderen de mening toegedaan dat zij hun eigen gezondheid kunnen beïnvloeden (interne oriëntatie), terwijl zij méér dan anderen de opvatting huldigen dat machtige anderen, vooral artsen, hun gezondheid kunnen beïnvloeden (externe oriëntatie). Gelet op hun afhankelijkheid van artsen hoeft dit ons niet te verbazen.

Vervroegd gepensioneerden komen gedeeltelijk met werkenden overeen, terwijl werklozen niet verschillen van werkenden.

In het oordeel over de eigen leefwijze blijken arbeidsongeschikten en langdurig werklozen zich te onderscheiden van de overige (deel)categorieën niet werkenden, door een negatiever oordeel over de eigen leefwijze; zij komen hierin met werkenden overeen (!). Kennelijk brengt arbeidsongeschikt en langdurig werkloos zijn, alsmede het verrichten van betaalde arbeid, een leefsituatie met zich mee waarin men onvoldoende komt tot een leefwijze die men zelf gezond acht.

We veronderstellen dat het in vergelijking met dat van vervroegd gepensioneerden minder positieve oordeel van arbeidsongeschikten en langdurig werklozen ook samenhangt met hun groter aantal riskante gewoonten. Overigens hebben arbeidsongeschikten en werklozen gedeeltelijk ook meer riskante gewoonten dan werkenden.

Kennelijk liggen er bij werkenden enerzijds en bij arbeidsongeschikten en langdurig werklozen anderzijds twee onderscheiden factoren ten grondslag aan hetzelfde minder positieve oordeel: bij werkenden vooral de arbeidsdruk en bij genoemde niet werkenden een minder goede gezondheid, riskante gewoonten en hoogstwaarschijnlijk het gemis aan een zinvolle structurering van het dagelijks leven (Knibbe, 1984).

Longitudinaal gezien leidt een langere duur van het niet werken niet tot meer riskant gedrag. Omdat langdurig arbeidsongeschikten, zeer gedeeltelijk, en langdurig werklozen, gedeeltelijk, wel méér riskante gedragingen vertonen dan de respectievelijke deelcategorieën niet werkenden die korte tijd zonder werk zijn, lijkt het dat niet alleen een minder goede gezondheid, maar ook riskant gedrag een selectie-effect heeft: mensen met riskante gedragingen hebben minder kans op reïntegratie in het arbeidsproces.

Tegen de achtergrond van het voorgaande sluiten we niet uit dat een minder goede gezondheid gepaard gaat met riskante gewoonten.

Het is inmiddels duidelijk dat arbeidsongeschikten niet alleen een risicogroep zijn vanwege hun slechte gezondheid, maar ook vanwege hun riskante gewoonten. Gelet op hun gezondheidsopvattingen, waaruit blijkt dat zij minder dan anderen van mening zijn hun gezondheid zelf te kunnen beïnvloeden, mogen we aannemen dat zij niet gemakkelijk uit zichzelf ertoe komen de riskante gedragingen te stoppen. Mogelijk zijn artsen meer de aangewezen personen om dit te beïnvloeden, gezien de hoge externe oriëntatie van arbeidsongeschikten. We zagen echter in hoofdstuk 9 dat huisartsen onder arbeidsongeschikten niet méér riskan-

te gedragingen signaleerden dan onder werkenden. We nemen aan dat huisartsen hierop niet bijzonder alert zijn bij arbeidsongeschikten.

Een deelverklaring voor verschillen in oordeel over de eigen leefwijze vanuit verschillen in sociale participatie ligt niet zozeer voor de hand: van opvallende verschillen in participatie tussen de drie niet werkende categorieën enerzijds en tussen niet werkenden en werkenden anderzijds is geen sprake. Bovendien blijken de gevonden verschillen niet in dezelfde richting te wijzen.

Onze bevindingen contrasteren met die van het Sociaal Cultureel Planbureau. Het SCP stelt dat niet werkenden vergeleken met werkenden minder contacten onderhouden met vrienden en familieleden; dit zou zich bij arbeidsongeschikten geprononceerder voordoen dan bij werklozen (Becker, Vink, 1984). In ons onderzoek komt naar voren dat arbeidsongeschikten en werklozen, vergeleken met werkenden, weliswaar minder vaak lid zijn van verenigingen/clubs, maar zij blijken in gelijke mate als werkenden, arbeidsongeschikten zelfs vaker, contacten te hebben met vrienden, kennissen en familieleden.

De in vergelijking met werkenden geringe politiek belangstelling van arbeidsongeschikten en werklozen zoals door het SCP gesignaleerd, komt wel overeen met onze bevindingen. Transversaal blijkt dat onder langdurig werklozen een kleiner percentage stemt dan onder kortdurig werklozen; longitudinaal zien we een tendens tot minder stemmen. Onder arbeidsongeschikten zien we echter geen samenhang tussen duur van het niet werken en stemgedrag. We mogen derhalve concluderen dat beide categorieën zich minder dan werkenden met het maatschappelijk politieke bestel identificeren. Het lijkt erop dat bij werklozen het vertrouwen in de politieke organisatie in de loop van de tijd minder wordt. Wat betreft het lidmaatschap van kerkgenootschappen springen alleen de werklozen eruit in relatie tot arbeidsongeschikten: werklozen blijken verhoudingsgewijs minder vaak lid te zijn. In vergelijking met werkenden onderscheiden werklozen zich evenmin als arbeidsongeschikten en vervroegd gepensioneerden. Wanneer we de arbeidsongeschikten in de tijd volgen, zien we dat het percentage mannen dat rapporteert lid te zijn van een kerkgenootschap niet terugloopt, terwijl dit bij werkenden wel het geval is. Kennelijk heeft het lidmaatschap van kerkgenootschappen voor werklozen minder betekenis dan voor arbeidsongeschikten; daarnaast heeft het lidmaatschap zeker op den duur relatief meer bete

kenis voor arbeidsongeschikten dan voor werkenden. Vanuit welke achtergronden de verschillen te verklaren zijn, is niet zonder meer duidelijk.

We kunnen ons voorstellen dat de eens door de socioloog Parsons geformuleerde rechten (en plichten) van zieken, voortkomend vanuit de christelijke moraal, binnen kerkgenootschappen sterker onderkend worden dan erbuiten. Tegenover de aan arbeidsongeschikten op basis van hun ziekte mogelijk toegekende rechten (of gunsten) op extra zorg en aandacht én ontheffing van sociale verplichtingen, zou immers vanuit de kerken de plicht bestaan deze rechten in de praktijk tot uitdrukking te brengen.

Werklozen verkeren wat dat betreft in een ongelijke positie ten opzichte van arbeidsongeschikten, omdat het etiket "ziek" niet op hen van toepassing is. Daarnaast lijkt het concurrerende etiket "armoede" in Nederland evenmin op hen van toepassing. Zoals we in de Verenigde Staten en Groot Brittanie zien, leidt armoede ook tot extra zorg en aandacht vanuit de kerken. Of dit als recht dan wel als gunst gezien wordt, vanuit gevende en ontvangende partij, is ons onvoldoende bekend.

Arbeidsongeschikten blijken op den duur van werkenden te verschillen door een hoger percentage leden van kerkgenootschappen. Ook dit verschil valt mogelijk te verklaren vanuit door arbeidsongeschikten ervaren extra zorg en aandacht.

Werklozen onderscheiden zich zowel in 1981 als in 1983 van werkenden door een - weliswaar niet significant - lager percentage leden. Omdat dit verschil systematisch in dezelfde richting wijst, mogen we hieraan enige betekenis geven. Werklozen ervaren mogelijk een onduidelijke positie binnen de kerken. Zij worden noch als ziek en noch als arm beschouwd, terwijl de schuldeloosheid aan het niet werken mogelijk in het gedrang is (Maassen en de Goede 1987).

De schuldvraag zou wel eens gevoed kunnen worden vanuit christelijke (naast burgerlijke) argumenten, dat arbeid een wezenlijke, onmisbare voorwaarde is voor het mens-zijn (Beerling, 1964). Vanuit deze interpretatie wordt mogelijk de twijfel gevoed of werklozen echt al het mogelijke doen om betaalde arbeid te vinden.

In hoeverre onze veronderstellingen juist zijn, staat te bezien. Verder onderzoek kan hierover meer uitsluitsel geven.

Gelet op de maatschappelijke discussie over de tweedeling van de samenleving, is het van belang vast te stellen in hoeverre er sprake is van scheidslijnen tussen niet werkenden en werkenden. Voor zover er sprake van is, blijken deze per thema te variëren in de mate en in de richting waarin de categorieën zich scheiden.

Wat betreft gezondheid zien we een duidelijk verschil tussen enerzijds arbeidsongeschikten en anderzijds de overige niet werkenden categorieën en werkenden.

Vanuit het gezichtspunt van gezondheidsopvattingen loopt een scheidslijn voornamelijk tussen arbeidsongeschikten enerzijds en werkenden anderzijds. Arbeidsongeschikten blijken zich te onderscheiden door een lage interne en een hoge externe beheersingsoriëntatie. Dit is naar wij aannemen het gevolg van de patiëntencarrière. Een dergelijke carrière brengt hen kennelijk tot de opvatting dat zij zelf weinig aan hun gezondheid kunnen doen, maar dokters veel.

Letten we op de riskante gewoonten dan zien we tussen arbeidsongeschikten en werklozen enerzijds en werkenden anderzijds een gedeeltelijke scheidslijn lopen: werkenden vertonen minder riskante gewoonten. Vanuit het gezichtspunt "oordeel eigen leefwijze" kunnen we eveneens een lijn trekken tussen enerzijds arbeidsongeschikten en werkenden en anderzijds vervroegd gepensioneerden en werklozen.

Wat betreft participatie is er sprake van zeer gedeeltelijke scheidslijnen: arbeidsongeschikten en werklozen onderscheiden zich voornamelijk van werkenden, en niet van vervroegd gepensioneerden, door een kleiner percentage personen dat stemt bij verkiezingen en contacten heeft met (ex-)collega's én een kleiner percentage dat lid is van verenigingen/clubs.

De meest in het oog springende scheidslijnen achten we die betreffende gezondheid en gezondheidsopvattingen. Arbeidsongeschikten, zijnde de enige echt ongezonde categorie, blijken de mening toegedaan dat zijzelf niet en artsen als machtige anderen wél de gezondheid kunnen beïnvloeden. Dit laatste kan gelet op hun gezondheid begrijpelijk zijn. Hoewel zij relatief vaak de dokter bezoeken, lijkt het erop dat in het bezoek arbeidsongeschikt zijn als persoonlijke beleving en in zijn maatschappelijke consequenties niet of nauwelijks ter sprake komt. Dat het niet werken voor hen, én voor werklozen, een probleem is, komt in de literatuur duidelijk naar voren (Merens-Riedstra,

1981). In de probleemlijsten van de huisartsen komt het probleem "geen werk" slechts één keer voor. We mogen dan ook aannemen dat de relatie niet werken en gezondheid niet direct binnen het aandachtsveld van de huisarts valt. Deze bevinding contrasteert met de huisartsgeneeskundige taakopvatting van integrale continue en persoonlijke zorg. Huisartsen zouden kunnen opmerken dat patiënten problemen rondom het niet werken zelf niet ter sprake brengen. Hoogstwaarschijnlijk doen patiënten dit niet omdat zij menen dat (huis)artsen dit niet relevant achten; zo zij denken dat zij het wél van belang achten om hieraan aandacht te besteden, verwachten zij waarschijnlijk dat de (huis)arts hiermee niet uit de voeten kan. Deze perceptie weerhoudt hen ervan de psychosociale problemen van niet werken, voortvloeiend uit of samenhangend met de ziekte te bespreken met huisarts, specialist en wijkverpleegkundige. Deze perceptie vinden we terug bij patiënten met chronische aandoeningen (bijvoorbeeld diabetes en reuma), waar het gaat om psychosociale problemen samenhangend met of voortvloeiend uit de ziekte (Klein Tesselink, Sonnemans, 1985; van der Horst e.a., 1986).

Dat het probleem arbeidsongeschiktheid weinig besproken wordt, zou onder andere daarmee samenhangen dat huisarts en patiënt niet gewend zijn om problemen rond werken en niet werken met elkaar te bespreken (Knottnerus, 1985). Misschien verklaart dit ook wel het geringe aantal contacten tussen huisartsen en werklozen; de werkloze heeft minder gauw dan de arbeidsongeschikte een medisch alibi om binnen te komen om vervolgens ook desgewenst het niet werken ter sprake te brengen. Op de probleemlijsten van werkloze patiënten komt het probleem "niet werken" trouwens geen enkele keer voor.

Het is in dit kader van belang erop te wijzen dat de arbeidsongeschikten en (langdurig) werklozen van de huisarts niet zozeer vragen om de oplossing van allerlei problemen, als wel "het geven van vertrouwen aan iemand die soms in alle opzichten vertrouwen en zekerheid mist" (Jordans, aangehaald in Knottnerus, 1985).

Of huisartsen vanuit deze optiek arbeidsongeschikten benaderen is niet bekend. Gelet op de uitkomsten in de (schaarse) literatuur hierover ligt dit niet voor de hand (Kagenaar e.a., 1985).

21 Samenvatting

De doelstelling van deze studie is vast te stellen in hoeverre arbeidsongeschikte, vervroegd gepensioneerde en werkloze mannen onderling en in vergelijking met werkende mannen verschillen in gezondheid en leefwijze.

Een nevendoelstelling van dit onderzoek is inzicht te verwerven in de relatie tussen de duur van het niet werken enerzijds en gezondheid en leefwijze anderzijds.

Deze studie bestaat uit vijf delen. Elk deel begint met een inleiding en wordt afgesloten met conclusies.

Deel I is inleidend van karakter (hoofdstuk 1-6). In de delen II, III en IV geven we de onderzoeksresultaten weer.

Deel II (hoofdstuk 7-11) handelt over gezondheid en gezondheidsopvattingen.

In deel III (hoofdstuk 12-15) schenken we aandacht aan twee aspecten van de leefwijze, namelijk de voor de gezondheid riskante gewoonten en de sociale participatie.

In deel IV (hoofdstuk 16-19) bespreken we de samenhang tussen de duur van het niet werken enerzijds en gezondheid, gezondheidsopvattingen, riskante gewoonten en participatie anderzijds. We doen dit aan de hand van een transversale en een longitudinale analyse.

Deel V vormt het afsluitend gedeelte.

In hoofdstuk 2 van deel I wordt het maatschappelijk verschijnsel niet werken beschreven. Aangegeven wordt welke categorieën niet werkenden in de Nederlandse samenleving onderscheiden kunnen worden en hoe deze zich in de loop van de tijd ten opzichte van elkaar en ten opzichte van werkenden naar omvang ontwikkeld hebben.

Ook bespreken we de verdeling van de beroepsbevolking naar leeftijd en geslacht. Aan de hand van de beschikbare literatuur gaan we eveneens in op enkele achtergrondkenmerken van de drie categorieën niet werkenden, te weten de verdelingen naar leeftijd, sociaal-economische klasse en provincie. De duur van het niet werken komt eveneens aan de orde.

In hoofdstuk 3 gaan we aan de hand van binnen- en buitenlandse literatuur in op de samenhang tussen niet werken en gezondheid. We bespreken de invloed van ongezondheid op niet werken, dan wel zonder werk geraken, en de invloed van niet werken op gezondheid.

Het lijkt zeer aannemelijk dat een slechte gezondheid niet alleen tot arbeidsongeschiktheid leidt, maar voor een deel ook tot werkloosheid. Vooral bij reorganisaties blijken minder gezonden grotere kans op ontslag te hebben; bij bedrijfssluitingen lijkt dit niet het geval. Dat een slechte gezondheid tot vervroegde pensionering leidt, wordt niet aangetoond en ligt ook niet voor de hand.

Met betrekking tot de vraag of niet werken tot een slechte gezondheid leidt, lopen de bevindingen in de literatuur nogal uiteen, vooral waar het gaat over de mate waarin de gezondheid negatief beïnvloed wordt. Gezondheid blijkt trouwens op vele manieren geoperationaliseerd te worden.

Resultaten van onderzoek op hoog geaggregeerd niveau hebben bijgedragen tot een methodologische en inhoudelijke bezinning op de relatie niet werken en gezondheid. Er blijkt behoefte aan drie "typen" onderzoek, bij voorkeur op individueel niveau, om hierin inzicht te krijgen:

- explorerend-beschrijvend onderzoek om tot ontwikkeling van gedragsmodellen te komen;
- transversaal onderzoek om de samenhang tussen werken en gezondheid te kunnen bestuderen;
- longitudinaal onderzoek om duidelijkheid te verschaffen over de causale relatie niet werken en gezondheid.

Langs deze wegen kan ook kennis vergaard worden over variabelen die tot niet werken en gezondheid predisponeren en over variabelen die de relatie niet werken en gezondheid doorkruisen (zoals riskante gewoonten).

Voortbouwend op de bevindingen in de voorgaande hoofdstukken vervolgen we in hoofdstuk 4 met de probleemstelling, hypothesen en operationalisering. Voorafgaand aan de probleemstelling, geven we aan de hand van de gedeeltelijk eerder besproken literatuur een overzicht van bevindingen en overwegingen die richting en inhoud geven aan het onderzoek.

Ons onderzoek heeft voornamelijk een toetsend en gedeeltelijk een explorerend karakter.

Hoofdstuk 5 omvat de methoden van onderzoek en de beschrijving en verantwoording van de onderzoekspopulaties. Tevens worden de gebruikte statistische methoden aangegeven.

De dissertatie berust op twee onderzoeken:

- 1 een panelonderzoek naar de gezondheid en leefwijze van de Nederlandse bevolking van 21 tot 65 jaar. Voor dit panelonderzoek, waarvoor zowel in 1981 als in 1983 een meting is verricht, is gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde vragenlijst;
- 2 een praktijkonderzoek naar de gezondheid van arbeidsongeschikte, werkloze, vervroegd gepensioneerde en werkende mannen. Vijf huisartsen hebben de gezondheid vastgelegd van de tot hun patiëntenbestand behorende mannen van 21 tot 65 jaar. Dit gedeelte van het onderzoek diende ertoe om na te gaan of de door respondenten gerapporteerde gezondheid verschilt van de door huisartsen in medische dossiers vastgelegde gezondheid.

In deel II, hoofdstuk 8, wordt duidelijk dat arbeidsongeschikten een intrinsiek slechtere gezondheid hebben dan werklozen, vervroegd gepensioneerden en werkenden. Laatstgenoemde drie categorieën blijken tevens onderling vrijwel geheel overeen te komen. De hypothesen blijken grotendeels bevestigd te worden. Een bevinding contrasteert met onze verwachting: werklozen hebben géén slechtere subjectieve gezondheid dan vervroegd gepensioneerden en werkenden, maar komen met hen overeen.

Uit hoofdstuk 9 blijkt een grote overeenkomst tussen de door niet werkenden gerapporteerde en de door huisartsen vastgestelde gezondheid

van niet werkenden (en werkenden) op basis van medische dossiers. We hebben geen reden om te twijfelen aan de betrouwbaarheid van gezondheidsrapportages van mensen over hun eigen gezondheid.

Gezondheidsopvattingen komen eveneens in hoofdstuk 8 aan de orde.

Onze hypothesen over de gezondheidsopvattingen met betrekking tot niet werkenden onderling blijken voor meer dan de helft bevestigd te worden. Arbeidsongeschikten blijken, in tegenstelling tot onze onderstelling, niet van werklozen en vervroegd gepensioneerden te verschillen met betrekking tot het belang dat gezondheid voor hen heeft. Evenmin blijken zij een lagere interne oriëntatie te hebben dan werklozen, terwijl zij met vervroegd gepensioneerden overeenkomen. Arbeidsongeschikten blijken wel een hogere oriëntatie op artsen als machtige anderen te hebben dan werklozen.

De hypothesen over de vergelijking van niet werkenden en werkenden onderling worden grotendeels bevestigd. Niet werkenden blijken trouwens vaker van werkenden dan van elkaar te verschillen. Opvallend is echter dat arbeidsongeschikten gezondheid niet en vervroegd gepensioneerden gezondheid wél belangrijker achten dan werkenden.

Arbeidsongeschikten onderscheiden zich in vergelijking tot de andere categorieën niet werkenden het meest uitdrukkelijk van werkenden naar gezondheidsopvattingen: vooral de lagere interne oriëntatie en de hogere oriëntatie op artsen als machtige anderen valt op. Gezien hun afhankelijkheid van het medisch circuit is dit niet verwonderlijk.

Een belangrijk aandachtspunt is de in hoofdstuk 10 besproken consistentie van de onderzoeksbevindingen over de gerapporteerde gezondheid. Vorenstaande resultaten betreffen de gegevens van 1981. Resultaten uit dezelfde panelstudie uitsluitend over het jaar 1981, leveren eenzelfde profiel op.

De door ons op een andere wijze dan de in hoofdstuk 8 verrichte analyse, namelijk clusteranalyse, bevestigt de eerder gevonden uitkomsten met betrekking tot gezondheid. Opvallend is dat het percentage zieke werklozen hoger is dan het percentage gezonde arbeidsongeschikten.

In deel III, hoofdstuk 13, blijkt dat, in tegenstelling tot onze verwachting, arbeidsongeschikten (iets) meer riskante gewoonten hebben dan werklozen en vervroegd gepensioneerden. Gelet op hun slechte gezondheid hadden we verwacht dat zij er eerder minder, dan meer riskante gewoonten dan werklozen op na zouden houden. De bevinding dat arbeidsongeschikten méér riskante gewoonten hebben dan vervroegd gepensioneerden komt met onze verwachting overeen, hoewel wij een groter verschil veronderstelden.

Werklozen en vervroegd gepensioneerden verschillen nauwelijks van werkenden. We hadden onder werklozen méér riskante gewoonten verwacht. We achten het opvallend dat arbeidsongeschikten eerder (iets) méér dan (iets) minder riskante gewoonten hebben dan werkenden. Zij blijken niet alleen een risicogroep vanwege hun slechte gezondheid, maar ook vanwege hun ten dele méér riskante gewoonten (percentage rokers en percentage bij wie regelmatig lichaamsbeweging ontbreekt). Niettemin vinden we onder arbeidsongeschikten een lager percentage gebruikers van alcoholhoudende dranken dan onder werkenden. De "drinkers" onder hen drinken evenveel als de "drinkers" onder de werkenden.

Wat betreft participatie (hoofdstuk 14) zijn de onderlinge verschillen minder groot dan wat betreft riskante gewoonten: de drie categorieën niet werkenden komen overwegend onderling overeen. Het enige opvallende is dat onder werklozen een kleiner percentage lid is van een kerkgenootschap dan onder arbeidsongeschikten.

Wanneer we niet werkenden met werkenden vergelijken valt op dat vervroegd gepensioneerden vrijwel geheel, werklozen gedeeltelijk en arbeidsongeschikten in beperkte mate met werkenden overeenkomen. Binnen alle drie categorieën onderhoudt een kleiner percentage contacten met (ex-)collega's. Opvallend is dat onder arbeidsongeschikten en werklozen een kleiner percentage lid is van verenigingen/clubs en een kleiner percentage bij verkiezingen zijn stem uitbrengt. Vergeleken met werkenden blijken arbeidsongeschikten niet minder frequent maar juist frequenter contacten te onderhouden met vrienden/kennissen en familie én meer uren te besteden aan verenigingen/clubs.

Transversaal gezien hebben langdurig werklozen en arbeidsongeschikten - zo blijkt uit deel IV, hoofdstuk 17, - een iets slechtere gezondheid dan de respectievelijke deelcategorieën kortdurig niet werkenden. Lang- en kortdurig vervroegd gepensioneerden verschillen onderling niet. De gezondheid van de arbeidsongeschikten die in 1981 en 1983 geïnterviewd zijn, blijkt iets te verbeteren. Wanneer we echter letten op de uitval wegens ziekte en overlijden onder de arbeidsongeschikten na 1981 moeten we concluderen dat de gezondheid van arbeidsongeschikten in de loop van de tijd verslechtert. We veronderstellen dat de achteruitgang van arbeidsongeschikten samenhangt met hun ziekte, omdat de gezondheid van werklozen tussen 1981 en 1983 iets verbetert. Voor vervroegd gepensioneerden vinden we transversaal geen verschil. We hebben hen niet in de longitudinale analyse opgenomen vanwege het zeer kleine aantal. Opvallend is dat het aantal vervroegd gepensioneerden dat in de tweede meting niet aan het interview deelnam wegens ziekte, aanzienlijk groot was. Het ligt niet voor de hand dat dit het gevolg is van het niet werken, hoewel we dit niet kunnen uitsluiten.

De resultaten van ons onderzoek over gezondheidsopvattingen zijn als volgt: transversaal vinden we onder arbeidsongeschikten en werklozen, in tegenstelling tot onze verwachting, nauwelijks verschillen. Wel bleek dat langdurig arbeidsongeschikten meer toevalsgeoriënteerd waren dan kortdurig arbeidsongeschikten (hieromtrent hadden we geen hypothesen geformuleerd). Longitudinaal hebben we alleen kunnen nagaan of het gepercipieerde belang van gezondheid verandert: dit bleek noch het geval bij arbeidsongeschikten, noch bij werklozen.

Ook de hypothesen over de riskante gewoonten inzake arbeidsongeschikten en werklozen worden grotendeels verworpen, terwijl die over vervroegd gepensioneerden grotendeels bevestigd werden. De enige variabele waarop langdurig arbeidsongeschikten en werklozen verschillen van degenen die korte tijd geen werk hebben, blijkt het percentage rokers: onder langdurig niet werkenden rookt een groter percentage dan onder kortdurig niet werkenden. Longitudinaal gezien vinden we dit verschil alleen - en dan nog in relatie tot werkenden - terug onder arbeidsongeschikten: vergeleken met werkenden blijken zij niet minder te gaan

roken. We nemen dan ook aan dat het verschil in percentage rokers onder arbeidsongeschikten voornamelijk een selectie-effect is en in mindere mate een gevolg van de duur van het niet werken.

We mogen aannemen dat onder werklozen alléén sprake is van een selectie-effect: niet rokers keren waarschijnlijk eerder terug in het arbeidsproces omdat zij naar wij aannemen gezonder zijn. Onder riskante gewoonten hebben we ook de variabele beoordeling van de eigen leefwijze gevoegd. Onder werklozen vinden we zowel transversaal als longitudinaal verschillen. Dit impliceert dat de duur van het niet werken ertoe bijdraagt dat werklozen een minder gezond oordeel over de eigen leefwijze ontwikkelen.

Participatie is in dit onderzoek zowel transversaal als longitudinaal gemeten door middel van het stemgedrag bij verkiezingen en het lidmaatschap van een kerkgenootschap. Transversaal bezien blijken hieromtrent geen verschillen te bestaan tussen langdurig en kortdurig arbeidsongeschikten. Longitudinaal bezien vinden we één verschil onder arbeidsongeschikten en wel in relatie tot werkenden: zij blijken in de loop van de tijd minder dan werkenden zichzelf niet meer als lid te beschouwen van enig kerkgenootschap. Omdat het een relatieve verandering betreft hoeft het ons niet te verbazen dat dit verschil transversaal niet terug gevonden wordt.

Onder werklozen vinden we één transversaal verschil onder het percentage stemmers bij verkiezingen; onder langdurig werklozen bracht een kleiner percentage zijn stem uit dan onder kortdurig werklozen. Longitudinaal bleek er geen significante verandering te zijn. Dit betekent dat er in ieder geval sprake is van een selectie effect. Niettemin veronderstellen we dat er daarnaast in mindere mate ook sprake is van een causaal effect ten gevolge van het niet werken: onder werklozen zien we gemiddeld een niet significante afname en onder werkenden gemiddeld een niet significante toename in het percentage stemmers.

Summary

The objective of this study was to compare self-reported health, health locus of control, unhealthy habits and social participation in four categories of Dutch men aged between 21 and 65 years, viz. workers (employees and self-employed men), unemployed, early retired (not for reasons of ill health) and those incapacitated for work. In English summaries of Dutch articles and books we often find the term 'arbeidsongeschikten' translated by 'disabled'. We prefer the term 'incapacitated for work', because the term 'arbeidsongeschikten' encompasses more than people with a clear physical and mental disablement.

More specifically, we wanted to find out whether non-workers belonging to each of the three categories mentioned, differ from each other and from workers. Especially from a macro-economic point of view it has been stated that there is hardly any distinction between those incapacitated for work and the unemployed: it has been suggested that a considerable percentage of the incapacitated are "concealed" unemployed instead of actually being incapacitated for work.

Moreover, we were interested in the relationship between the duration of non-employment on one hand and health locus of control, unhealthy habits and social participation on the other hand. This issue was approached in a transversal and a longitudinal manner.

Chapter two describes the Dutch population in terms of working and non-working, in the sense of having no paid work. It became clear that the number of unemployed and incapacitated men has grown enormously during the last decade. We describe these categories and the early retired in terms of back-ground variables and duration of non-employment. Attention is drawn to the fact that the duration of unemployment has increased sharply over the last few years.

Chapter three introduces the discussion of the relationship between health and not having a paid job from two points of view:

- 1 does poor health cause loss of one's job?
- 2 does the loss of one's job cause poor health?

On the basis of Dutch and international literature the unemployed, the incapacitated and the early retired are discussed separately, from both points of view.

We conclude that poor health may lead to a status of being incapacitated or a status of being unemployed. The suggestions made by the Ministry of Social Affairs that poor health may also lead to early retirement, do not seem to be correct.

We conclude that life without work, especially in the sense of being unemployed, and probably also in the sense of being incapacitated, may lead to reduced health as well. Nevertheless there is no scientific evidence for this, in spite of the fact that research on a high aggregate level has resulted in correlations between unemployment and health. Conclusions based on these correlations are subject to methodological criticism. Another reason for doubts about the conclusions lies in the concepts of health used in various studies. These vary considerably: physical health, mental health, social functioning, role functioning, well-being, mortality and morbidity, life expectation, and behaviour that might lead to ill health (smoking, drug and alcohol-abuse). Operationalizations of each of these concepts differ as well.

In order to avoid results that are open to criticism, several economists and social scientists have suggested doing micro-level studies with a transversal and longitudinal approach and restricting the concepts of health to diseases, illness and illness behaviour. In our research we have followed these suggestions.

In chapter four, the research questions that we set out to answer, are formulated. Hypotheses and operationalizations are given as well. The questions were as follows:

- 1 Do men who are incapacitated for work, who are unemployed or early retired differ from each other and from working men in reported health, locus of control, habits which endanger health and social participation?

2 Does duration of non working influence health, locus of control, unhealthy habits and social participation, and if so, in what way?

Because the reliability of health reports by those incapacitated for work or unemployed has been questioned, we have paid attention to this issue as well. Some scientists argue that people belonging to the first category are inclined to report poorer health than they actually experience, while those belonging to the second are inclined to report better health than they experience. They are thought do so to legitimate their position of non-employability. These suppositions have led to a third research-question: Does the reported health-status of incapacitated, unemployed and early retired men differ from the actual state of health as abstracted by general practitioners from their medical files.

On the basis of the literature referred to in chapter two, as well as in chapter four, hypotheses were formulated.

State of health was measured using criteria such as presence of chronic diseases or handicaps (disease), number of visits to the doctor (medical consumption), reported health in general terms, worrying about health, physical complaints (illness), and self-medication such as use of tranquilizers (illness behaviour).

State of health, as measured by doctors, was classified in terms of the International Classification of Primary Care (ICPC).

Health locus of control was subdivided into three dimensions: internal orientation, external orientation (doctors) and chance orientation. Moreover we have measured the relative weight the interviewees attached to their health.

Unhealthy habits were measured in terms of the percentage of smokers and the numbers of cigarettes consumed, the frequency and quantities of alcohol consumption, and the frequency of bodily exercise. Moreover interviewees have been asked for their opinion about their way of life in terms of healthy/unhealthy.

Social participation was subdivided into:

- number of contacts with friends, relatives and (ex)colleagues;
- membership of clubs and number of hours spent on this per week;
- voting behaviour (in political elections);
- membership of religious organisations/sects.

Chapter five deals with the research methods, populations and statistical methods used. This dissertation is based on two studies.

The first concerns a large nationwide panel-survey (1981 and 1983) among working and non-working men.

The number of non-working participants in the panel-survey consisted of 49 unemployed in 1981 and 89 in 1983, 179 incapacitated for work in 1981 and 155 in 1983, 46 early retired in 1981 and 49 in 1983.

The second study involved research in general practice: with the aid of medical files, five general practitioners belonging to the same health center drew up problemlists of working, incapacitated, unemployment and early retired men. This information enabled us to compare reported health with health as assessed by health care professionals.

Non-working participant in this "GPstudy" included 63 unemployed men, 170 men incapacitated for work and 32 early retired men.

Results of the panel are based partly on analysis of variance (ANOVA) and partly on precision matching. These methods enabled us to control differences between categories in marital status, age, social status and, if necessary, duration of non-employability.

Other (statistical) methods we used included the Mann-Whitney-U-Wilcoxon-Rank Sum W Test and the Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Sum W Test.

The results of the two studies are summarized below.

Health.

Those incapacitated for work showed high relative and absolute scores on nearly all variables used, compared to unemployed, early retired and working participants. Unemployed workers did not differ from the working population in these respects. The same applies to the early retired, who had even lower scores for physical complaints. These results, which date from 1983, largely confirmed the profile found in 1981.

When we considered health as reported by doctors we found the same profile. This means that the so-called subjective judgement on health did not differ from the so-called objective judgements made by doctors, in spite of the fact that reported health was measured in a different way from health as stated by doctors.

Cluster analysis made clear that within the category of men incapacitated for work 17% reported good health. These might possibly be 'concealed unemployed', although we must be careful in applying this label to them. Their good health might also be conditional, in the sense that absence of work (pressure) might have led to this state of health.

Although good health is not synonymous with concealed unemployment government's estimation of 50% unemployed among the incapacitated seems to be far from realistic.

Of the unemployed, 27% reported poor health; if the 17% mentioned above belong to the 'concealed unemployed', these 27% might belong to the category of 'concealed incapacitated'. Nevertheless, we found that nearly the same percentage of workers (28%) were in poor health as well.

Among the retired 38% were in a poor state of health, which is not amazing, since all of them were between 57 and 65 years old.

Locus of control.

The three categories of non-workers did not differ in their chance orientation. The unemployed did not differ from the other two categories in their internal orientation, but the incapacitated showed a lower internal orientation than the early retired. This means that, compared to the early retired, the incapacitated have less faith in their ability to influence their own health. As far as external orientation is concerned, the incapacitated showed more faith in doctor's abilities to influence their health than the unemployed. The early retired did not differ from the other two categories in this respect. All three categories attached the same weight to health as such.

Workers differed from the incapacitated in their internal orientation (higher) and in their external orientation (lower). Workers showed less external orientation than the early retired; moreover they

attached less weight to health as such. Workers and unemployed did not differ from each other.

Unhealthy habits

Contrary to our hypothesis, the incapacitated were found to have more unhealthy habits than the unemployed and the early retired. Because of their bad health we expected fewer such habits.

The unemployed and early retired scarcely differed from workers in this respect. The incapacitated differed from workers in nearly the same way as they differed from the other two categories of non-workers. Among the incapacitated we found a lower percentage of drinkers than among the workers.

The incapacitated differed from the unemployed and the early retired in their opinions about their way of life in terms of healthy / unhealthy; they perceive their way of life as less healthy. The workers and the incapacitated did not differ from each other in this respect. The unemployed and the early retired however perceived their way of life as more healthy than workers do.

Social participation

The three categories of non-workers hardly differed in social participation. Nevertheless we found that the unemployed were less often members of religious organisations. The unemployed spent more hours in clubs than the early retired, but did not differ from the incapacitated in this respect. The early retired hardly differed from the workers, while the unemployed differed slightly from them and the incapacitated differed greatly.

Among the incapacitated and among the unemployed we found a lower percentage of members of clubs, as well as a lower percentage of people voting in political elections, as compared to workers.

All three categories of non-workers did not differ in the percentage of membership of religious organisations. However, the incapacitated have more frequent contacts with friends, acquaintances and relatives than workers; moreover, they spend more hours in clubs.

Duration of non-employability

In this study the phrase 'long term non-employment' is taken to mean 2½ years or longer without paid work; the phrase 'short term unemployment' is taken to mean less than 2½ years without paid work.

The longitudinal approach meant that we followed non-workers for two years. In order to be sure that any differences between the 1981 and 1983 situations could be attributed to life without work, we developed a precision-matching procedure, resulting in a matching of 55 incapacitated men with 55 comparable working men, a matching of 17 unemployed men with 17 comparable working men and a matching of 8 early retired men with 8 comparable working men. This last group was so small that we decided not to include it in our results.

Matching was based on age, social class, marital status, urbanization and region.

Long and short term early retired did not differ in reported health. Long term unemployed and incapacitated men showed a slightly poorer state of health than the short-term non-workers.

From a longitudinal point of view, the health of the incapacitated and unemployed did not change. However, among the incapacitated more than 8% (15 men) of the 1981 population died before 1983; among the unemployed this percentage was 'only' 2% (1 man). Therefore we concluded that long term non-employability among the incapacitated leads to poor health.

Since this was not the case among the unemployed, we suppose that the cause of the poorer health status of the incapacitated was initial poor health, rather than life without work. We did not measure state of health and other aspects of the early retired in a longitudinal manner, because the numbers were too small (8); nevertheless the percentage of men not interviewed in 1983 because of reported sickness was higher (11%) than that among the incapacitated (5%) and the unemployed (0%). We do not know whether this high percentage was caused by life without work. However, we do not consider it likely, as most of them probably stopped working voluntarily.

Locus of control was only measured in a transversal manner, since questions on this topic were not used in 1981. The only difference we

found was that the long term incapacitated were less chance oriented than the short term incapacitated. As far as the relative weight given to health was concerned, we found no differences between 1981 and 1983.

Among the long term incapacitated and unemployed we found one point of difference in unhealthy habits compared to short term incapacitated and unemployed. Both long term categories included a higher percentage of smokers. In the longitudinal study we only found a relative increase in the percentage of smokers among the incapacitated.

This means that the transversal difference found among the unemployed is probably due to a selection effect and not to the duration of non-employability.

As for the participants' views on their own lives, we only found differences among the unemployed. The long term unemployed perceived their way of life as less healthy than the short term unemployed. Moreover duration of unemployment led to a perception of the participants way of life as less healthy. This probably means that the transversal difference found is not a selection effect, but merely an effect caused by being unemployed.

Transversally, we compared the long and short term non-workers with regard to all variables of participation mentioned above.

Longitudinally, we used only two variables, viz. voting behaviour and membership of religious organisations. The other variables could not be compared for 1981 and 1983. In the transversal study we found no differences among the incapacitated. Longitudinally, we found only one relative change: a decrease in the percentage that reported to be a member of a religious organisation. Among the unemployed we found one difference in the transversal approach: among the long term unemployed there appeared to be a lower percentage of voters than under the short term unemployed. In the longitudinal study we did not find any differences in this respect. This means there is probably only a selection effect. Nevertheless a causal effect of unemployment on voting behaviour cannot be excluded: among the unemployed we saw a non-significant decrease, while among the employed we saw a not significant increase in the percentage of voters between 1981 and 1983.

Literatuur

Bijlagen

Dankwoord

Curriculum Vitae

Literatuur

- Adriaanse H, Drop MJ, Halfens R, Philipsen H. Leeft Nederland Oké? Verslag van een onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981.
- Banks MH, Jackson PR. Unemployment and risk of minor psychiatric disorder in young people: cross sectional and longitudinal evidence. Psychol Med 1982; 12: 789-98.
- Bartley M. Unemployment and health: selection or causation - a false antithesis. Med Sociol News 1985; 11: 8-9.
- Becker JW, Vink R. Werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden vergeleken. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, Stukwerk 18, 1984.
- Beerling RF. Filosofie en arbeid. In: Arbeid en Samenleving. Rotterdam: Universitaire pers, 1964.
- Bos GAM van den, Maas PJ van der, Habbema JDF. Rapport "Zorgbehoeften en zorggebruik bij chronisch zieken". Amsterdam/Rotterdam: Instituut Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam en Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1986. Rapport.
- Bosch FAJ van den, Petersen C. Arbeidsmarkt en arbeidsongeschiktheid. Econom Stat Ber, 1979: 580-6.
- Bosch FAJ van den, Petersen C. De omvang van de verborgen werkloosheid in de WAO. Econom Stat Ber, 1980: 52-8.
- Bramlage CAA. Gezondheid en Ziekte te Zutphen. Een enquête naar de gezondheidszorg bij 536 gezinnen. Assen: van Gorcum, 1962.
- Brenner MH. Industrialization and economic growth. Estimates of their effects on the health of populations. In: Brenner MH, Mooney A, Nagy TG (eds). Assessing the contributions of the social sciences to health. Washington: American Academy for the advancement of science, 1980.

- Brenner MH. Economic change and mortality by cause in selected European countries: special reference to behaviour health risks, emphasising alcohol consumption. In: Svensson PG, Zöllner H (eds). Health policy implications of unemployment. Copenhagen: WHO, 1985: 143-81.
- Brenner MH. Economic changes and heart disease mortality. Am Public Health 1971; 61: 606-11.
- Brenner MH. Health costs and benefits of economic policy. Inter Health Serv 1977; 1: 581-623.
- Brenner MH. Mortality and the national economy: A review, and the experience of England and Wales. Lancet 1979; 11: 568-73.
- Broadhead W, Kaplan B, Sherman A, Wagner E, Schoenbach V, Grimson R, Heyden S, Tibblus G. The epidemiological evidence for a relationship between social support and health. Am J Epidemiol 1982; 521-37.
- Buys PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Rotterdam, 1984. Proefschrift.
- CBS, Statistieken, Den Haag.
- Crawford A, Plant MA, Kruitman N, Latcham R. Unemployment and drinking behavior: some data from a general population survey of alcohol. Br J Addict 1987; 82: 1007-16.
- Currer C, Stacey M (eds). Concepts of health, illness and disease. Lemington, Hamburg, New York: Berg, 1986.
- Dupuits FMHM, Hasman A, Heumakers TAJ, Schoonbrood GGM. Beschrijving Huisartsonderzoek Systeem (HOS). Tijdschr Med Informat 1986; 15: 25-9.
- Dupuits FMHM, Hasman A, Heumakers TAJ, Schoonbrood GGM. HIOS en huisartsinformatie en onderzoekssysteem. Medisch Informatica Congres (MIC), proceedings, 1987; 154-60.
- Dupuits FMHM, Hasman A, Heumakers TAJ. Het huisartsinformatie en onderzoekssysteem (HIOS). Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1986; 23: 733-4.
- Durinck JR, Kijlstra-ten Thije AM. Eerder ophouden met werken; invloeden op de gezondheid. Eindhoven: Philips Bedrijfsgezondheid, 1986, Intern rapport.
- Eyer J. Prosperity as a cause of death. Int J Health Serv 1977; 7: 125-50.

- Fagin L, Little M. The forsaken families: a timely and disturbing report on the effects of unemployment on family life in Britain. Harmondsworth: Penguin Books, 1984.
- Forbes JT, McGregor A. Unemployment and mortality in post-war Scotland. J Health Econ 1984; 3: 239-57.
- Fryer D. Monmouthshire and Marienthal: Sociographics on two unemployed communities. In: Unemployed people. Fryer D, Ullah P (eds). Philadelphia: Open University Press, 1987.
- Gemeenschappelijke Medische Dienst. WAO-toetreders uit 1985. Een beschrijving GMD cahier nr. 12, november 1987. Amsterdam.
- Gore S. The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. J Health Soc Behav 1978; 19: 157-65.
- Gravelle HSE. Time Series Analysis of Mortality and Unemployment: editorial. J health Econ 1984; 3: 297-305.
- Gravelle HSE. Does unemployment kill? Nuffield/York portfolios. Nuffield Provincial Hospital Trust. Oxfordshire: Burgers & Son (Abingdon) Ltd, 1985; 9: 1-8.
- Gravelle HSE, Hutchinson G, Stern J. Mortality and unemployment: a critique of Brenner's time series analysis. Lancet 1981; ii: 675-9.
- Groothoff JW. Epidemiologie van de arbeidsongeschiktheid. Tijdschr Soc Geneesk 1980; 58 (suppl): 80-3.
- Groothoff JW. Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking. Groningen, 1986. Proefschrift.
- Groothoff JW. Gezondheidszorg en 3-maands verzuimgevallen. Tijdschr Soc Geneesk 1981; 59: 42-9.
- Hagenaars AJM. The perception of poverty. Leiden, 1985. Proefschrift.
- Halfens RJG, Drop MJ, Philipsen H. Leefwijze en subjectieve gezondheid van een panel uit de Nederlandse bevolking. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
- Halfens RJG. Locus of control. Beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte en gezondheidszorg. Maastricht, 1985. Proefschrift.
- Halfens R, Visser A Ph, Adriaanse H. De beheersingsoriëntatie met betrekking tot gezondheids- en ziektegedrag. In Press.
- Hermans D, Sas C, Schraven B. Schat de regering de arbeidsongeschiktheidsschatting juist in? Sociaal Maandblad Arbeid, februari 1986: 127-36.

- Hoofddirectie Personeelszaken PTT. Experiment flexibel uittreden van PTT personeel. Den Haag, 1980. Rapport.
- Horst F van der, Seelen A, Vissers F, Plagge H, Höfen von R, de Geus C. Kleijnen J. Registratie in de huisartspraktijk: over de betrouwbaarheid, praktische hanteerbaarheid en adequaatheid van het RFE classificatiesysteem. Huisarts Wet 1985; 28: 229-34.
- Horst F van der, Bartholomeus P, Berkhout J, Zuidweg J. Diabetes-spreekuur in de eerste lijn: knelpunten en aanbevelingen. In: Beugen M van, Boerma GW, Cate RS ten et al. Eerstelijnszorg. Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu, 1985: 127-38. Losbladig.
- Hunfeld A. Werkloosheid, WAO en ABP. In: Vrooland V Chr. Wao en werkgelegenheid. Amsterdam: Stichting CCOZ, 1980.
- Huygen FJA. Preventie en somatische fixatie. Huisarts Wet. 1978; 21: 363-65.
- Janssen HJ, Kools JHGM. Experiment flexibel uittreden bij PTT: kenmerken en motieven van deelnemers en niet-deelnemers. Den Haag: PTT centrale afdeling sociaal wetenschappelijk onderzoek, 1981. Rapport.
- Jackson PR, Warr PB. Unemployment and psychological ill health: the moderating role of duration and age. Psychol Med; 14: 605-614.
- Joosten J, Drop MJ. De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van drie versies van de VOG. Gezondh Samenl 1987; 4: 251-65.
- Kagenaar DB, Stolk AP, Timmer LM (red.). Huisarts en arbeidsongeschiktheid: inleiding. Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu, 1985.
- Kaplan A, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. Am J Epid 1983; 117: 292-304.
- Kesteloo A. Bedrijfsgeneeskundige aspecten van een bedrijfssluiting I en II. Tijdschr Soc Geneesk 1975; 53: 472-7; 516-20.
- Klein Teeselink H, Sonnemans W. Bouwstenen voor diabetes thuiszorg. Eindverslag van het diabetes thuiszorgproject bij de Provinciale Groninger Vereniging "Het Groene Kruis". Wageningen: Landbouwhogeschool Wageningen, 1985. Doctoraalscriptie.
- Knibbe R. Van gangbaar tot problematisch drankgebruik. Maastricht, 1984. Proefschrift.
- Knottnerus JA. Het arbeidsongeschiktheidsprobleem in de huisartspraktijk. In: Kagenaar DB, Stolk AP, Timmer LM (red.), Huisarts en arbeidsongeschiktheid. Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu, 1985.

- Krause N, Strijker S. Stress and well-being: the buffering role of locus of control beliefs. Soc Sc Med 1984;18:783-90.
- Kruidenier HJ, Bakker TPV. De invloed van het personeelsverloop op de ontwikkeling van het ziekteverzuim. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1985; 63: 302-8.
- Lamberts H, Wood M (eds.). ICPC International Classification of Primary Care Oxford. Oxford: University Press, 1987.
- Lange de J, Senhorst G. Als je man de hele dag thuis is. Een onderzoek naar ervaringen en perspectieven van vrouwen van werklozen en WAO'ers. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985. Doctoraalscriptie.
- Levi L, Brenner SO. Vulnerability among long term unemployed; a longitudinal study of mental and physical health among Swedish women at different stages of unemployment. Ljubljana, 1985. Paper.
- Luttkik R. De werkloosheidsomvang op basis van de registratie van de arbeidsbureau's en volgens de arbeidskrachtentelling van het CBS. ETI bulletin 1987; 12: 11-4.
- Luyckx RTH. De lotgevallen van de langverzuimer. Groningen, 1982. Proefschrift.
- Maassen GM, Goede MPM de. Hoe zien andere mensen werklozen en hoe zien werklozen zichzelf: resultaten van tien jaar onderzoek over de publieke opinie. In: Spruit I, Tazelaar F (red). Leven met werkloosheid. Groningen: Wolters, 1987.
- McAvinchy ID. Unemployment and mortality: some aspects of the Scottish case 1950-1978. Scott J Polit Econ 1984; 31: 827-53.
- Meems A. Een onderzoek naar de effecten van een dreigende bedrijfs-sluiting (70 recidivi en 70 primi). Tijdschr Soc Geneeskde 1981; 59: 565-71.
- Merens-Riedstra HW. Leven zonder werk: een sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar arbeidsongeschiktheid. Maastricht, 1981. Proefschrift.
- Metsemakers JFM, Plagge HWM. De probleemlijst. Registratienet Huisartspraktijken Rijksuniversiteit Limburg, 1987. Rapport.
- Meyer JS, Brouwer H, Lamberts H. De ICPC als diagnostische classificatie I: nog meer keuze voor de huisarts? Huisarts Wet 1987; 30: 13-9.

- Ministerie van Sociale Zaken. VUT, vervroegde uittreding in ontwikkeling. Den Haag: 1981. Rapport.
- Nijhuis F, Knipschild P. Werkloosheid, dreigende werkloosheid en gezondheid: een literatuuronderzoek. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982. Rapport.
- Nijhuis F, Soeters J. Ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de organisatie van de arbeid. Tijdschr Soc Geneesk 1983; 19: 686-93.
- Nijhuis F, Bullinga R. Reïntegratiebeleid in organisaties. Tijdschr Soc Geneesk 1987; 65: 816-12.
- Ormel H. Moeite met leven of een moeilijk leven? Groningen: Konstapel, 1980.
- Praag BMS van, Emanuel H. On the concept of non-employability with respect to a non-homogeneous labourforce. Leiden: 1981. Rapport COEP.
- Philipsen H. Afwezigheid wegens ziekte. Groningen: Wolters Noordhoff, 1969.
- Rapportage Arbeidsmarkt. Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid. Den Haag: 1982-1987.
- Research en Marketing. Verantwoordingsrapport inzake het onderzoek "Gezondheid: een panelonderzoek naar de beleving, de opvattingen en de leefwijze inzake gezondheid", ten behoeve van de Rijksuniversiteit Limburg, Heerlen: Research en Marketing, 1983. Rapport.
- Reek J van, Diederiks J, Philipsen H, Zutphen W van, Seelen T. Subjective complaints and blood pressure. J Psychosom Res 1982; 26: 155-65.
- Reek van J. Brieven: De invloed van kosten, vrouwenemancipatie en anti-rookinformatie op veranderingen in het rookgedrag. Tijdschr Alcohol Drugs, 1984; 1: 41-3.
- Sandlow LJ, Bashook PG. Problem oriented medical records: self instruction for practitioners. Chicago: Michael Reese Hospital in Medical Center, 1978.
- Schepers Th. Werkloos en wat dan? Scheveningen: Stichting Maatschappij en Onderneming, 1980.
- Schuitemaker R. Vroegrijp voor de WW: jeugdwerkloosheid, inzicht en uitweg. Deventer: Kluwer, 1981.
- Segers JHG, Hagenaars JAD. Sociologische onderzoeksmethoden deel II. Technieken van causale analyse. Assen: Van Gorcum, 1980.

- Smulders PGW, Leeuwen P van, Nooten WN van. Werkloosheid en ziekteverzuim: theorie en longitudinaal onderzoek. Gezondh Samenl 1983; 4: 23-32.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Enige aspecten van arbeid in de toekomst: sociale en culturele studies. 7. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- Soeters J. Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte. Maas-tricht, 1983. Proefschrift (stelling).
- Smart RG. Drinking problems among employed, unemployed and shift workers. J Occ Med 1979; 11: 731-36.
- Sociaal en Cultureel Rapport 1978. Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag: 1978.
- Sprengers M, Tazelaar F. Werkloosheid en sociaal netwerk. In: I. Spruit en F. Tazelaar (red). Leven met werkloosheid. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1987.
- Spruit IP. Unemployment, employment and health. Leiden: 1983. Proefschrift.
- Spruit I. Definities van werkloosheid en analyseproblemen. Sociol Gids 1984; 31: 25-31.
- Spruit IP, Verkley H, de Jong-Gierveld J, Steverink E. Eenzaamheid en de rol van ondersteunende kontakten en zorgen bij werkloosheid. In: Spruit I, Tazelaar F (reds). Leven met werkloosheid. Groningen: Wolters Noordhoff, 1987.
- Svensson PG, Zöllner H. Introduction. In: WHO. Health policy im-plication of unemployment. Copenhagen: WHO, 1985: 1-7.
- Tazelaar F, Sprengers M. Werkloosheid en sociaal isolement. Sociol Gids 1984; 31: 48-80.
- Ullah P, Banks M, Warr P. Social support, social pressure and psy-chological distress during unemployment. Psychol Med 1985; 15: 283-95.
- Verkley H, Spruit IP, Bastiaansen JPAM, Nieuwenhuijzen MG van. Gezondheidsklachten en hulpvragen van werklozen. Med Contact 1984; 45: 1441-4.
- Verkley H, Spruit IP. Werkloosheid en gezondheid: een wederkerige relatie. In: Spruit IP, Tazelaar F. (reds). Leven met werkloosheid. Groningen: Wolters Noordhof, 1987: 65-83.

- Visser AMC, ter Huurne AO. De zin van het arbeidsethos. Waardenverandering en/of cultuurcrisis, 1984. Congrespapier.
- Vroege D. Verkenningen rond het concept belasting-belastbaarheid. Tijdschr Soc Geneesk 1982; 24: 793-8.
- Warr PB. Psychological aspects of the employment and unemployment. Psychol Med 1982; 12: 7-11.
- Warr PB. A national study of non-financial employment commitment. J Occup Psychol 1982; 55: 297-312.
- Warr PB, Payne RL. Social class and reported changes in behavior after job loss. MRC/SSRC SAPU 1982; memo 535.
- Warr PB. Werk en werkloosheid. Handboek arbeids- en organisatie-maatschappij. Deventer: Van Loghum Slaterus 1983; 9: 213-31. Losbladig.
- Warr PB. The psychological impact of continuing unemployment: some longitudinal data on a general model. Ljubljana: WHO, oktober 1985. Congresspaper.
- Weeda HWH. Herstel van revalidatie na hartinfarct. Ned Tijdschr Geneesk 1984: 868-9.
- Westcott G. The effect of unemployment on the health of workers in a UK steel town: preliminary results. In: WHO, Health policy implications of unemployment. Copenhagen: WHO, 1985; 261-73.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. In: Ministerie van CRM. Actieven en niet-actieven, 1979. Rapport.
- Wiersma D. Psychosociale stress en langdurige arbeidsongeschiktheid. Groningen: Konstapel, 1980.
- Wezel JAM van. Beleving van werkloosheid. Gedrag 1975; 2: 63-79.
- WHO, Unemployment and health. New approaches in research and action. Copenhagen: WHO, 1983.
- Zee J van der. De vraag naar diensten van de huisarts. Maastricht, 1982. Proefschrift.

Bijlagen

Tabel 1 Vergelijking verdeling werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 1981 en 1983 naar landsdeel* (%).

	WW		WAO		VUT	
	81	83	81	83	81	83
N:	49	89	179	155	46	49
noord	12	15	19	14	4	6
oost	24	26	18	16	24	28
west	28	26	42	51	41	46
zuid	36	33	21	19	31	22
totaal	100%		100%		100%	

* noord omvat Groningen, Friesland en Drente
 oost omvat Gelderland en Overijssel
 west omvat Noord- en Zuid-Holland, Utrecht en Zeeland
 zuid omvat Noord-Brabant en Limburg

Tabel 2 Vergelijking verdeling werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 1981 en 1983 naar urbanisatiegraad (%).

	WW		WAO		VUT	
	81	83	81	83	81	83
N:	49	89	179	155	46	49
platteland	20	14	16	16	9	12
verstedelijkt						
platteland	29	26	36	40	26	29
stad	51	60	48	44	65	59
totaal	100%		100%		100%	

II

Tabel 3 Vergelijking verdeling werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 81/83 op basis van 1981 naar burgerlijke staat (%).

	WW	WAO	VUT
N:	21	91	27
gehuwd	71	89	81
samenwonend	5	1	4
ongehuwd/ngg	19	2	4
gescheiden	5	7	4
weduwnaar	-	1	7
totaal	100%	100%	100%

Tabel 4 Vergelijking verdeling werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 81/83 op basis van 1981 naar sociaal-economische klasse (%).

	WW	WAO	VUT
N:	21	91	27
hoog	-	10	33
midden	14	19	30
laag	86	71	37
totaal	100%	100%	100%

Tabel 5 Vergelijking verdeling werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 81/83 op basis van 1981 naar landsdeel (%).

	WW	WAO	VUT
N:	21	91	27
noord	10	14	-
oost	19	12	30
west	29	54	30
zuid	42	20	40
totaal	100%	100%	100%

Tabel 6 Vergelijking verdeling werkloze, arbeidsongeschikte en vervroegd gepensioneerde mannen in 81/83 op basis van 1981 naar urbanisatiegraad (%).

	WW	WAO	VUT
N:	21	91	27
platteland	14	23	-
verstedelijkt			
platteland	14	31	33
stad	72	46	67
totaal	100%	100%	100%

III

. Totstandkoming populatie in de huisartspraktijk.

De doelgroep bestaat uit mannen van 21 tot 65 jaar, met de Nederlandse nationaliteit en niet wonend in instellingen; 65 jarigen zijn hierbij uitgesloten. Gegeven deze omschrijving vielen in eerste instantie 2631 patiënten onder de potentiële onderzoekspopulatie, zoals uit het volgende overzicht naar voren komt. Buitenlanders en instellingsbewoners waren zoveel mogelijk uitgesloten. Zoals we later in deze tekst zien, werden toch nog buitenlanders en instellingsbewoners ontdekt. Het verschil in het aantal mannen binnen de leeftijdscategorie van 21-64 jaar in de vorige tabel (3056) en deze tabel (2631) kan in eerste instantie toegeschreven worden aan buitenlanders en instellingsbewoners.

- vastgestelde totale aantal		
mannelijke patiënten 21-64 jaar	2631	
- buitenlandse mannelijke patiënten	-60	

- verstuurde vragenlijsten	2571	100%
bruto response	-1620	63%
	-----	-----
bruto non response	951	37%

Uit dit overzicht blijkt dat 60 mannelijke patiënten in tweede instantie geïdentificeerd zijn als buitenlanders en derhalve alsnog buiten de onderzoekspopulatie vallen. De totale response bedroeg 1620 (63%). Binnen twee weken na het versturen van de vragenlijsten waren 1115 formulieren ingevuld terug ontvangen. Na een herinnering volgden nog eens 505 enquêteformulieren. Het vermelde percentage (63%) kan redelijk genoemd worden. Niettemin hadden we een hoger percentage verwacht (circa 80%), omdat de vragenlijst verstuurd was met een begeleidende brief die mede ondertekend was door de huisartsen.

Screening van de ingevulde formulieren maakte duidelijk dat 197 personen (12,2%) toch nog buiten de doelgroep vielen. De verantwoording ervan is als volgt:

- ingevulde formulieren:	
. instellingsbewoners	74
. vrouwen	56
. buitenlanders	18
. niet door geadresseerde persoon ingevuld	4
. 65 jaar of ouder	8
- niet ingevulde formulieren:	
. uit praktijk ten gevolge van verhuizing	20
. uit praktijk vertrokken om andere redenen	16
. overleden	1

totaal	197

Dit brengt ons op de volgende correctie op de response:

- ongecorrigeerde response	1620	100%
- response buiten gedefi- nieerde insluitingscriteria		
onderzoekspopulatie	197	12,2%
- gecorrigeerde response	1423	87,8%

Resteert nog de bespreking van de weigeringen. In totaal waren er 15 weigeringen, op basis van de volgende gronden:

geen toelichting	4
weigering met toelichting	11
- persoonlijke redenen	2
- inbreuk privacy	2
- principiële redenen	2
- geen belangstelling	1
- hou er niet van	1
- te druk	2
- opname ziekenhuis	1

	15

Het percentage van de netto response weigeringen is derhalve 1% (15 / 1423 . 100%), hetgeen een laag getal is.

Per saldo is de vaststelling van het gecorrigeerde nettoresponse percentage als volgt berekend.

We plaatsen in de teller de gecorrigeerde response, verminderd met de weigeringen; in de noemer komt: het aantal verstuurde vragenlijsten min de response die buiten de gedefinieerde onderzoeksgroep valt, verminderd met het veronderstelde gedeelte van de bruto non-response dat buiten de onderzoeksgroep valt. Het geschatte gedeelte berust op de eerder vermelde response buiten de gedefinieerde onderzoekspopulatie. In cijfers uitgedrukt:

$$\frac{1423-15}{(2571-197)-(12,2\% \times 951)} = \frac{1408}{2158} = 65,3\%$$

IV

Uit de op de volgende pagina vermelde tabel komt naar voren dat een aantal der werklozen en arbeidsongeschikten een volledige, dan wel een deeltijdbaan heeft. Het aandeel werklozen dat een deeltijdbaan heeft is aanzienlijk: 16 van de 81 (20%). Eveneens valt op dat het merendeel der partieel arbeidsongeschikten (68%: 21 van de 31) rapporteert een baan te hebben. Van alle volledig arbeidsongeschikten rapporteert een klein gedeelte (5%: 9 van de 170) een baan te hebben. Onder de vervroegd gepensioneerden is het opvallend dat 19% (8 van de 42) vermeldt betaald werk te verrichten.

Omdat in de panelstudie een vergelijking gemaakt is van niet werkende arbeidsongeschikten, werklozen en vervroegd gepensioneerden met werkenden, hebben we degenen die tot deze categorieën behoren en toch (deel)arbeid verrichten niet in de analyse betrokken.

Tabel 7 Verdeling mannelijke praktijkpopulatie (netto response) naar de reden van het niet werken en de huidige/vroegere werksituatie.

	volledige baan	deeltijd- baan	betaald werk verricht	volgt opleiding	huisman werk	militaire dienst	andere verricht	ontbreken- de gegevens	totaal
- (gedeeltelijk)									
- werkloos	2	16	63				2	83	
- volledig									
- arbeidsongeschikt	5	4	170				5	184	
- (gedeeltelijk)									
- arbeidsongeschikt	12	9	10				4	35	
- gedeeltelijk									
- werkloos/									
- gedeeltelijk									
- arbeidsongeschikt		1	4					5	
- vervroegde uit-									
- tredingsregeling	5	3	32				2	42	
- functioneel									
- leeftijdsontslag		2	2					4	
- pensioen								2	
- anders	923	20	11	38	4	7	25	7	1035
- missing	11	3	1					3	18
totaal	958	58	295	38	4	7	25	16	1408

Dankwoord

Vanaf het moment dat het onderzoek "Gezondheid en niet werken", drie jaar geleden, startte heb ik veel steun ervaren van al degenen die op enigerlei wijze bij het onderzoek én de voorbereiding van het proefschrift betrokken waren.

Alvorens een aantal van hen bij naam te noemen, wil ik eerst de voor mij anonieme niet werkende en werkende mannen bedanken, die al voor de start van dit onderzoek de bereidheid toonden de interviewers van het Nederland Oké panelonderzoek thuis te ontvangen en te woord te staan. Een groot deel van deze dissertatie berust op door hen verstrekte informatie. Uiteraard ben ik óók de anonieme patiënten uit de huisartspraktijk erkentelijk voor hun medewerking aan het tweede deel van dit onderzoek.

Mijn drie promotores, Prof.dr. Cees de Geus, Dr. Frans Nijhuis en Prof.dr. Hans Philipsen dank ik hartelijk voor het in mij gestelde vertrouwen en voor de prettige en deskundige begeleiding.

Cees de Geus, voorzitter van de vakgroep Huisartsgeneeskunde, heeft mij de ruimte gegeven dit onderzoek te starten en te voltooien. Cees, jouw persoonlijke betrokkenheid en jouw adviezen heb ik altijd zeer op prijs gesteld. De lage drempel van jouw kamer maakte het gemakkelijk spontaan binnen te stappen om inzichten uit te wisselen en ontstane perikelen te bespreken. Ik ben je ook erkentelijk voor de geboden mogelijkheid om binnen het Registratienet Huisartsgeneeskunde (RNH), waarvan jij destijds voorzitter was, het huisartsenpraktijkonderzoek te starten.

Het is niet toevallig dat mijn onderzoek in het deelproject verzeild raakte binnen "Arbeid en Gezondheid" waar Dr. Frans Nijhuis voorzitter is. Frans, jouw nuchtere aanpak heeft mij altijd geboeid en gestimuleerd. Het was voor mij verrassend te bemerken dat veel aspecten van

het onderzoek in jouw ogen eenvoudiger waren dan in de mijne. Het was fijn te ervaren dat jij altijd bereid was, vaak op korte termijn, welk aspect van het onderzoek in welke fase dan ook, op te pakken en op een deskundige wijze in alle rust te bespreken. Deze gesprekken zet ik graag voort: samenwerking met jou is méér dan de moeite waard.

Hans Philipsen heeft mij geattendeerd op de mogelijkheid het onderwerp "Gezondheid en niet werken" op basis van het Nederland Oké materiaal op te pakken. Het heeft mij niet verbaasd, dat óók dit onderwerp voor hem bekend terrein is. Dat samenwerking met hem leerzaam en prettig zou zijn, was mij reeds lang bekend. Direct na mijn kandidaatsexamen (1969) had ik in Leiden al het genoegen onder zijn hoede de specialisaties (oftewel bijvakken) methoden en technieken van het sociaal wetenschappelijk onderzoek en medische sociologie te volgen. Hans, ik dank je hartelijk voor de geboden mogelijkheid opnieuw onder jouw hoede mijn studie te vervolgen. Jouw creativiteit en sociologische verbeeldingskracht hebben mij steeds opnieuw geïnspireerd. Je adviezen heb ik als zeer zinvol ervaren. Ik stel het ook op prijs dat je de mij ontbrekende onderzoeksassistentie lange tijd ter beschikking stelde. Dat onze samenwerking met het afronden van deze studie geenszins voorbij is, vormt voor mij een boeiend perspectief.

In dit dankwoord wil ik niet voorbijgaan aan de waardevolle bijdrage aan mijn proefschrift van de leden van de beoordelingscommissie.

Ik was zeer verheugd dat ik twee leden ervan uit de "Leidse studietijd" kende, namelijk Prof.dr. Jouke van der Zee en Mw.dr. Henriëtte Merens-Riedstra. Hun kritische opmerkingen én waardevolle suggesties waren er niet minder om. Jouke en Henriëtte, ik ben jullie zeer erkentelijk voor de nauwgezette wijze waarop jullie het concept-proefschrift doorgelezen hebben en van commentaar voorzien. Ik hoop dat de hernieuwde contacten naar aanleiding van dit proefschrift een vervolg zullen hebben.

Prof.dr. Maria Drop was niet minder kritisch en minstens zo behulpzaam. Riet, ik heb wederom bemerkt dat het "meedenken" niet het monopolie is van de NMB. Ik was en ben onder de indruk van de wijze waarop jij je van je taak als beoordelaar, en adviseur, gekweten hebt. Eerlijk gezegd ligt jouw aanpak geheel in de lijn van onze eerdere con-

tacten binnen en buiten de vakgroep Medische Sociologie. Ik voel mij dan ook vereerd dat jij deel uitmaakte van de beoordelingscommissie. Voor Prof.dr. André Knottnerus was, en is het onderwerp "Gezondheid en niet werken" verre van onbekend. In zijn hoedanigheid van lid (én voorzitter) van de beoordelingscommissie kwam dit tot uitdrukking in zijn kritisch commentaar en adviezen. André, ik heb jouw bijdrage zeer op prijs gesteld, temeer ook omdat jij deel uitmaakt van dezelfde vakgroep als ik én omdat jij als nieuwe voorzitter van het RNH niet geheel onbekend was met mijn onderzoek in het gezondheidscentrum 't Withuis. Sedert de tijd dat jij werkzaam bent in de vakgroep Huisartsgeneeskunde, heb ik gemerkt dat er sprake is van een nieuw élan, dat ook op mij zijn uitwerking heeft.

Prof.dr.J. Persoon ben ik erkentelijk voor zijn bereidheid zitting te nemen in de beoordelingscommissie. Ik realiseer mij dat ook hij de nodige tijd en moeite geïnvesteerd heeft om het concept-proefschrift te bestuderen. Prof. Persoon, hoewel ik u als Nijmegenaar persoonlijk nauwelijks ken, ben ik u niet minder erkentelijk voor de inspanningen die u zich getroost heeft om tot een oordeel over het proefschrift te komen.

Het aantal personen dat ik persoonlijk wil bedanken is nog verre van uitgeput. Zoals ik in het begin van mijn dankwoord al vermeldde, hebben velen aan dit proefschrift bijgedragen.

Mevrouw Ans Huyben van de vakgroep Verplegingswetenschappen bleek als onderzoeksassistente onvermoeibaar. Zij heeft mij met enthousiasme weg-wijs gemaakt in het Nederland Oké materiaal. Met veel inzet heeft zij programma's uitgeschreven en computer-uitdraaien gemaakt.

Ans, ik heb je bijdrage altijd zeer gewaardeerd. Ook toen jij aan andere projecten je bijdrage moest leveren, stond jij altijd klaar om met mij gegevens aan de computer te ontfutselen. Wanneer het voor de voortgang van mijn onderzoek gewenst was, schroomde je niet in je vrije tijd je deskundige bijdrage te leveren.

Dr. Ruud Halfens was "op en top" deskundige van het Nederland Oké panelonderzoek "leefwijze en subjectieve gezondheid". Vlak voor de definitieve start van dit onderzoek én daarna heeft hij mij ingewijd

in de opbouw van het materiaal en de computermatige aspecten ervan. Ruud, ik ben je erkentelijk voor je getoonde bereidheid mij van advies te dienen, wanneer ik hierom vroeg.

De heer Henk Lebens zorgde voor een niet te onderschatten rode draad in dit onderzoek. Ik stond altijd verbaasd dat hij behalve voor vele andere onderzoekers binnen de vakgroep Medische Sociologie, ook voor mij altijd weer ruimte wist te maken om óf adviezen te geven óf computer-uitdraaien te verzorgen. Ondanks zijn vaak drukke werkzaamheden, wist hij een zekere rust uit te stralen. Tevens om die reden was het goed toeven met hem. Henk, ik heb je leren kennen als een bijzonder mens. Ik begrijp nog niet hoe het je lukte om mij altijd zeer snel de helpende hand te bieden. Met grote vaardigheid en deskundigheid wist jij iedere keer opnieuw de computer te menen. Ook je levenswijsheid dwingt bij mij bewondering af.

Met de heer Henk Lebens ben ik bij de vakgroep Medische Sociologie beland. Vanaf het begin van mijn werkzaamheden aan de RL, heb ik in deze vakgroep mogen participeren. In deze vakgroep heb ik ervaren hoe belangrijk goede persoonlijke verhoudingen zijn voor de onderlinge samenwerking en de productiviteit.

Ik ben Dr. Jos Diederiks, plaatsvervangend voorzitter van deze vakgroep, en Drs. Jan Joosten zeer erkentelijk voor de geboden mogelijkheden met hen uitgebreid van gedachten te wisselen over voetangels en klemmen van dit (en ander!) onderzoek.

Jos, ik hoop dat onze samenwerking in de toekomst op dezelfde wijze voortgezet wordt. Ik ervaar deze als zeer waardevol; ik ben je erkentelijk voor de doordachte adviezen.

Jan, de contacten met jou waren niet zonder wetenschappelijke en persoonlijke betekenis voor mij. Ons verblijf in dezelfde kamer gaf mij de mogelijkheid vele ervaringen uit te wisselen over en naar aanleiding van dit en ander onderzoek. De door jou steeds opnieuw getoonde bereidheid om met mij problemen te doorgronden, hanteerbaar te maken dan wel op te lossen, heb ik uitdrukkelijk gewaardeerd. Ik verheug mij op de voortzetting van onze contacten.

Alle overige leden van de vakgroep Medische Sociologie ben ik eveneens erkentelijk voor de geboden emotionele en praktische steun. Ook dank ik met name Luc de Witte voor het grondig doornemen en corrigeren van de eindtekst van de dissertatie.

Mijn collega's bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde ben ik eveneens zeer erkentelijk voor de geboden praktische en emotionele steun.

Mevrouw Bep Köhlen heeft als onderzoeksassistente van het Registratienet Huisartspraktijken (RNH) ongetwijfeld ervaren dat 66k aan dit onderzoek wel eens behoorlijk taaie en saaie kanten zitten, naast inspirerende en zelfs uitdagende kanten. Haar volharding en opgeruimdheid hebben in belangrijke mate ertoe bijgedragen dat het onderzoek in de huisartspraktijk toch nog binnen redelijke termijn afgerond kon worden. Bep, ik wil ook jou bedanken voor je deskundige en enthousiaste inzet.

Drs. Nico Comans heeft als socioloog vooral zijn sporen in het huisartspraktijk-onderzoek gedeelte nagelaten. Hij is vanaf het begin betrokken geweest bij dit deel van het onderzoek; hij heeft daaraan een belangrijke bijdrage geleverd. Nico, zonder je bijdrage was dit deel aanzienlijk later gereed gekomen. Jouw snelle en accurate manier van werken, getuigend van een groot inzicht, heeft mij geïmponeerd. Ik denk graag terug aan de vele reizen die wij gezamenlijk naar Noord-Limburg maakten.

Drs. Jos Hendriks schroomde niet om desgevraagd adviezen te geven inzake automatiseringsperikelen en allerlei hand- en spandiensten te verlenen. Mevrouw Ine Siegelaer-Gerardu en de heer Jimmy Tatipata hebben vele teksten van het proefschrift uitgetypt. Mevrouw Fien van Deurse sprong soms ook in als de nood hoog was. Paul Zwietering, huisarts, reikte van tijd tot tijd nieuwe literatuur aan en screende de literatuurlijst. Drs. Rüdiger von Höfen heeft zich gedurende het eerste jaar van dit onderzoek vele inspanningen getroost om de basis te leggen voor de patiëntenformulieren.

Ook jullie bedank ik voor de onmisbare bijdrage. Alle huisartsen van het RNH ben ik erkentelijk voor de uitgebreide exercitities met de RFE en later de ICPC. Dank zij hun bijdrage is de basis gelegd voor een betrouwbaar, hanteerbaar en adequaat classificatiesysteem. In dit kader mag aan de zinvolle samenwerking van destijds met Prof.dr. Henk Lamberts niet voorbij gegaan worden.

Graag wil ik in het bijzonder nog even stilstaan bij de bijdrage van mevrouw Trudie Seegers, onderzoeksassistente in de vakgroep Huisartsgeneeskunde. Vanaf het moment dat de eerste concept-teksten gereed

kwamen, heeft zij deze op de tekstverwerker ingetypt. Ik heb verzuimd vast te stellen hoeveel concept-versies van de onderscheiden hoofdstukken uitgetypt zijn; het moeten er vele geweest zijn. Toen zij van functie veranderde en onderzoeksassistente werd, was ik zeer verheugd dat zij bereid bleek de teksten te verzorgen tot het moment dat het proefschrift gereed zou zijn.

Trudie, ik heb je bijdrage altijd zeer gewaardeerd. Voor je snelle, accurate én kritische wijze van werken heb ik alle bewondering. Je adviezen over taalgebruik en compositie ervoer ik als waardevol. Je bijdrage is het proefschrift ten goede gekomen.

Indrukwekkend was de aanpak van twee computerdeskundigen van de vakgroep Medische Informatica en Statistiek (MIS), de heren Francois Dupuits en Frits Schoonbrood. Zij gingen enthousiast aan de slag, nadat hun vakbaas Prof.dr. Arie Hasman geopperd, had dat het invoeren van de probleemlijsten, met behulp van speciale computerprogramma's, het project zou bespoedigen en tot meer betrouwbare resultaten zou leiden. Dit laatste is zeker het geval, het eerste durf ik te betwijfelen. Niettemin realiseer ik mij dat de opgedane ervaringen waardevol zijn voor het Registratienet Huisartspraktijken.

Frits en Francois, hartelijk bedankt voor jullie deskundige bijdrage en niet aflatende inzet om in geval van storingen met de apparatuur steeds weer opnieuw naar Venlo op en neer te rijden.

Ook de heer Job Metsemakers, huisarts, wil ik niet onvernoemd laten voor zijn inspanningen om de Venlose huisartsen wegwijs te maken in de probleemgeoriënteerde registratie en de ICPC. Job, ik ben je ook erkentelijk voor het screenen van de probleemlijsten.

De medewerkers van het gezondheidscentrum 't Withuis hebben volgens mijn laatste informatie de computer-vuurdoop toch nog overleefd. Ik wil in de eerste plaats de heren Dr. Remy van der Grinten en Jean Muris (huisartsen) en José Bijker (coördinator en vliegende keep) bedanken voor hun belangrijk aandeel in het praktijkonderzoek. De huisartsen Fons Receveur, Prof.dr. Harry Crebolder, Tonny van Kessel en Roelof Heida ben ik eveneens erkentelijk voor hun inspanningen en doorzettingsvermogen. Omdat de assistentes de vinger aan de pols hielden, lukte het toch nog binnen redelijke termijn alle patiëntengegevens ten behoeve van het onderzoek in te voeren. Mevrouw Sonja Kui-

pers, Corry Verstegen, Henriëtte Adelmeyer, Leonie Engelsma, Anneke Maas en Mieke Lamberts bedank ik hartelijk voor hun bijdrage. Mevrouw Arianne van der Grinten sprong zo nu en dan in om snel en accuraat de ontstane achterstand in te lopen. De gastvrijheid van mevrouw Annemie van der Grinten heb ik zeer gewaardeerd. Arianne en Annemie bedankt. Terugkerend naar Maastricht, wil ik de enthousiaste ondersteuning van mevrouw Marlène Kruijen en Anne Wevers in herinnering brengen, alsmede die van Drs. Gregor Franssen. Deze medewerkers van het MEMIC van de RL hebben alle medewerking gegeven bij het literatuuronderzoek. Marlène, Anne en Gregor, bedankt voor jullie bijdrage.

De heer Guus van Rooy, grafisch ontwerper, ben ik erkentelijk voor zijn fraaie kaftontwerp en zijn adviezen inzake de lay out.

De adviezen van Drs. Jan Klerckx, Prof.dr. Gerhard Saenger en mevrouw Riet Bartholomeus inzake de Engelse samenvatting heb ik zeer op prijs gesteld.

Aan het eind van dit dankwoord wil ik mijn moeder bedanken en mijn vader gedenken. Zij boden mij de gelegenheid de studie sociologie, die de basis van dit proefschrift vormde, te volgen.

Ook Anne wil ik hartelijk bedanken voor de geboden steun tijdens de voorbereidingen van deze studie.

Klaske, Bregje en Jorn hebben mij in de voortgang van dit proefschrift gestimuleerd, ondanks het feit dat ik vaak een teruggetrokken bestaan leidde. Deze emotionele steun heb ik zeer op prijs gesteld.

Curriculum Vitae

Ik ben geboren op 15 april 1944 te Amsterdam, als zoon van Martien van der Horst en Hennie Jepkes. Gedurende mijn lagere school periode woonde ik achtereenvolgens in Bogor (Indonesië), Den Haag en Delft. De middelbare school volgde ik in Delft, waar ik in 1963 het diploma HBS-A behaalde aan het Stanislascollege. Na militaire dienst en maritieme omzwervingen ging ik aan de Rijksuniversiteit Leiden sociologie studeren. In 1969 legde ik het kandidaatsexamen niet-westerse sociologie af, specialisatie Latijns Amerika. Ik vervolgde de studie Westerse sociologie met als hoofdvakken empirische en wijsgerige sociologie en als bijvakken medische sociologie en methoden en technieken van sociaal wetenschappelijk onderzoek. In 1973 legde ik het doctoraalexamen af.

Van 1972 tot augustus 1974 was ik als stafdocent verbonden aan de Sociale Academie De Amstelhorn te Amsterdam-Buitenveldert, sectie Kaderopleiding voor verpleegkundigen.

In augustus 1974 kwam ik als medisch socioloog in dienst van de Rijksuniversiteit Limburg bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde. Ik heb mij tot nu toe vooral actief beziggehouden met onderwijs en onderzoek, ten behoeve van de Medische Faculteit en de Faculteit der Gezondheidswetenschappen. Publicaties betroffen de onderwerpen: verslaglegging/registratie in de huisartspraktijk, begeleiding van chronische zieken, compliance, patientenvoorlichting, democratisering in en van de gezondheidszorg, revalidatie en continuïteit van zorg.